



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

Conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix y mama de las mujeres del asentamiento humano San Carlos del distrito de Surco Lima – Perú 2014

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Oncológica

AUTOR

Marycruz Daisy CADENAS VALERIO

ASESOR

Ilda BORDA OLIVAS

Lima, Perú

2017



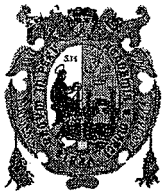
Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Cadenas M. Conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix y mama de las mujeres del asentamiento humano San Carlos del distrito de Surco Lima – Perú 2014. [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : CADENAS VALERIO MARYCRUZ DAISY

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX Y MAMA DE LAS MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN CARLOS DEL DISTRITO DE SURCO. LIMA - PERÚ. 2014

ESPECIALIDAD : ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

Lima, 28 de marzo de 2017

Señor Doctor
JUAN MATZUMURA KASANO
Vice Decano de Investigación y Post Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de **ENFERMERÍA ONCOLÓGICA** ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

DIECISEIS (16)



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
Unidad de Post Grado

Mg. MARIA F. QUIROZ VASQUEZ
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora (e)

MG. TULA ESPINOZA MORENO

LIC. ESP. EVA BERRIOS PACHECO



Mary

**CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX Y MAMA
DE LAS MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO
SAN CARLOS DEL DISTRITO DE SURCO
LIMA – PERÚ
2014**

“Aprendí que no se puede dar marcha atrás, que la esencia de la vida es ir hacia adelante”

A DIOS:

Le dedico este trabajo con todo mi cariño y amor, que me ha dado la oportunidad de vivir y regalarme una familia hermosa.

Mi agradecimiento a la Unidad de Post Grado de la UNMSM, Programa de Segunda Especialización en Enfermería por permitir mi desarrollo intelectual y profesional, para poder superarme en esta carrera que me permite ayudar a las personas.

A población del Asentamiento Humano San Carlos por brindarme su cariño, su apoyo y su accesibilidad para realizar esta investigación.

*A mis amigas que con su apoyo ayudaron a terminar el presente trabajo. Agradecer especialmente a **Rita** que estuvo exigiéndome hasta el último momento y a **Pryscila** que me ha tenido mucha pero mucha paciencia y gracias por ser mi amiga.*

Con mucho amor a mi madre:

Flor De María

*Porque con tú fuerza y amor me
has dirigido por la vida y me has
dado las alas que necesitaba
para volar.*

*A mi familia, por apoyarme en
nuevos retos que se me
atraviesan en mi camino,
darme su amor incondicional y
por ser mi fortaleza.*

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
RESUMEN	ix
SUMMARY	x
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	3
1.1 Situación problemática.....	3
1.2 Formulación del problema.....	5
1.3 Justificación.....	6
1.4 Objetivos.....	6
1.4.1 Objetivo general.....	6
1.4.2 Objetivos específicos.....	6
1.5 Propósito.....	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Base teórica.....	12
2.3 Definición operacional de términos.....	46
CAPITULO III: METODOLOGÍA	48
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	48
3.2 Lugar de estudio.....	48
3.3 Población de estudio.....	48
3.4 Unidad de análisis.....	48
3.5 Criterios de selección.....	49
3.5.1 Criterios de inclusión.....	49
3.5.2 Criterios de exclusión.....	49
3.6 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	49
3.7 Procedimiento de recolección de datos.....	50
3.8 Procedimiento para el análisis e interpretación de la información.....	50
3.9 Consideraciones éticas.....	51

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	52
4.1 Resultados.....	52
4.2 Discusión.....	58
CAPITULO V: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y	
RECOMENDACIONES.....	63
5.1 Conclusiones.....	63
5.2 Limitaciones.....	64
5.3 Recomendaciones.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
BIBLIOGRAFÍA.....	77
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix y mama de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del Distrito de Surco. Lima – Perú. 2014.	53
2	Nivel de conocimientos sobre prevención primaria de cáncer de cérvix de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del Distrito de Surco. Lima – Perú. 2014.	54
3	Nivel de conocimientos sobre prevención secundaria de cáncer de cérvix de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del Distrito de Surco. Lima – Perú. 2014.	55
4	Nivel de conocimientos sobre prevención primaria de cáncer de mama de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del Distrito de Surco. Lima – Perú. 2014.	56
5	Nivel de conocimientos sobre prevención secundaria de cáncer de mama de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del Distrito de Surco. Lima – Perú. 2014.	57

RESUMEN

AUTOR: Marycruz Daisy Cadenas Valerio.

ASESOR: Ilda Borda Olivas.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer de cérvix y mama de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos. **Material y método:** El estudio fue de nivel aplicativo, de tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 mujeres, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento un cuestionario, considerando el consentimiento informado. El instrumento fue sometido a juicio de expertos y a la prueba ítem – test (correlación de Pearson) para determinar la validez y la prueba de Kuder – Richardson para determinar su confiabilidad.

Resultados: Del 100% (30) de las mujeres, el 60% (18) presentaron un nivel de conocimiento medio, el 27% (8) muestran un nivel de conocimiento alto y el 13% (4) tienen un nivel de conocimiento bajo. **Conclusiones:** La mayoría de mujeres del Asentamiento Humano San Carlos tiene un nivel de conocimientos medio sobre prevención de cáncer de cérvix y mama.

Palabras claves: Conocimiento, prevención, cáncer de cérvix, cáncer de mama.

SUMMARY

AUTHOR: Marycruz Daisy Cadenas Valerio.

ADVISER: Ilda Borda Olivas.

The present study aimed to determine the level of knowledge about cervical and breast cancer prevention in the women of the San Carlos Human Settlement. Material and method: The study was of application level, of quantitative type, descriptive and cross-sectional method. The population consisted of 30 women, who met the inclusion criteria. The technique that was used was the interview and the instrument a questionnaire, considering the informed consent. The instrument was subjected to expert judgment and the item test (Pearson correlation) to determine the validity and the Kuder - Richardson test to determine its reliability.

Results: Of the 100% (30) women, 60% (18) had an average level of knowledge, 27% (8) showed a high level of knowledge and 13% (4) had a low level of knowledge. **Conclusions:** The majority of women in the San Carlos Human Settlement have an average level of knowledge about cervical and breast cancer prevention.

Keywords: Knowledge, prevention, cervical cancer, breast cancer.

PRESENTACIÓN

El cáncer no es solo un problema de salud sino que también tiene enormes repercusiones en el ámbito social y económico de la persona y su familia. El impacto en la productividad, ingreso familiar, así como los altos costos de los tratamientos de esta enfermedad empobrecen a las familias. Al mismo tiempo, que la pobreza, la falta de acceso de educación y a la atención de salud expone a las poblaciones a mayores riesgos de contraer la enfermedad y morir de diversas formas de cáncer. ⁽¹⁾

Las mujeres con mayor frecuencia presentan cáncer de cérvix y de mama, que son enfermedades prevenibles a través de la educación, identificación de factores de riesgo, examen clínico, pruebas diagnósticas, etc., que al no ser detectadas oportunamente y no reciben tratamiento las conlleva a la muerte, siendo indispensable aplicar estrategias para prevenir la enfermedad. Hay que procurar brindar información, educación y comunicación en salud a la población para reconocer los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyan a la disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer.

La promoción de la salud orientada a la formación de hábitos o estilos de vida saludable, es empleada en enfermería a lo largo de la historia, teniendo como máxima representante a Nola J. Pender, la cual se basa en la educación para promover una vida saludable, que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro". ⁽²⁾

Asimismo, la prevención tiene la finalidad de evitar la aparición de riesgos para la salud del individuo, de la familia y la comunidad. Implica actuar para que un problema no aparezca o, en su caso, para disminuir sus efectos, esto se logra a través de la investigación, del trabajo en equipo y también es necesario el conocimiento, la iniciativa y la creatividad.

El presente estudio titulado “Conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix y mama de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Surco. Lima–Perú. 2014”, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix y mama de las mujeres del Asentamiento Humano, con el propósito de medir cuan informado esta la población sobre la prevención del cáncer de cérvix y mama para plantear estrategias que permitan brindar una adecuada educación, que contribuya a promover los estilos de vida saludables.

Este estudio consta de Capítulo I: Introducción, el cual contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito. Capítulo II: Marco teórico contiene antecedentes, base teórica, definición operacional de términos, planteamiento de la hipótesis. Capítulo III: Metodología, describiendo tipo y diseño de la investigación, lugar de estudio, población de estudio, unidad de análisis, criterios de selección, técnica e instrumento de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos; procedimiento para el análisis e interpretación de la información, consideraciones éticas. Capítulo IV: Resultados y discusión. Capítulo V: Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas, bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA:

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo, siendo que en los últimos años la carga de enfermedad por el cáncer se ha incrementado progresivamente con un mayor impacto en las poblaciones de menores recursos. A nivel mundial, el cáncer es una de las primeras causas de muerte y se estima que se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del mismo; se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos. ⁽³⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que en la región de las Américas el número de muertes aumentará de 1.2 millones que era en el 2008 hasta 2.1 millones en 2030, por efecto del envejecimiento poblacional y cambios de los estilos de vida. Aunque la incidencia general del cáncer es menor en América Latina (tasa estandarizada por edad de 163 por 100 000) que en Europa (264 por 100 000) o los EE UU (300 por 100 000), la mortalidad sigue siendo mayor. ⁽⁴⁾

En el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, ha publicado tasas de incidencia y mortalidad por cáncer globales de 150.7 y 78.3 por cien mil habitantes de nuestra ciudad capital ⁽⁵⁾. El cáncer de cérvix ocupa la primera causa de muerte en mujeres a nivel nacional y segunda en frecuencia en la población, mientras que el cáncer de mama en los últimos 30 años ha incrementado su incidencia a 34.0 por 100 mil mujeres y su tasa de mortalidad es de 10.8 por 100 mil. ⁽⁶⁾

Debido al incremento de casos de cáncer el estado crea el “Plan Esperanza – Plan Nacional” para la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos en el Perú. El Estado para enfrentar el problema del cáncer de cérvix, mama, colón, estómago y otros ha definido estrategias para mejorar el acceso de la población a través de los servicios de promoción de vida saludable, prevención y diagnóstico oportuno del cáncer, así como fortalecer los servicios de salud necesarios para una oportuna atención de la enfermedad ya diagnosticada. ⁽⁷⁾

La prevención y control del cáncer tiene como fin reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad así como mejorar la calidad de vida de los pacientes ⁽⁸⁾. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. ⁽⁹⁾

Según el enfoque de la integralidad en salud, el cuidado del cáncer de cérvix y de mama se define como un proceso integrado por distintos componentes: la prevención primaria, que incluye la educación, la sensibilización, la concientización, las campañas de vacunación contra el virus del Papiloma Humano (VPH); la denominada prevención secundaria o detección temprana de lesiones precancerosas y de cáncer; el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de esas patologías; el acompañamiento de las mujeres que se les ha detectado algún tipo de lesión; así como otras medidas orientadas al mejoramiento de sus condiciones de vida y su bienestar general, que pueden promoverse a partir de la acción articulada y coordinada de distintos sectores sociales. ⁽¹⁰⁾

Un desafío importante en prevención del cáncer de cérvix y de mama es lograr que las mujeres adopten comportamientos de cuidados

para detectar esas enfermedades, muchas veces invisibles en su primera etapa de aparición. Para una prevención efectiva es imprescindible que las mujeres concurren periódicamente a los servicios de salud. Otro desafío es lograr que las mujeres no posterguen el cuidado de su salud y permanezcan a lo largo de la vida en los procesos de cuidado que exige la prevención del cáncer, aun cuando existan cuestiones familiares y laborales que atender. ⁽¹¹⁾

El profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención tiene el papel más importante como agente de salud, pues está próxima a la persona, y brinda información, educación y comunicación sobre aspectos relacionados a la prevención – promoción de la salud con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de la enfermedad (cáncer). ⁽¹²⁾

En el Asentamiento Humano de San Carlos que pertenece al distrito de Santiago de Surco se recogió las siguientes inquietudes de las mujeres: ¿Qué es el cáncer de cérvix?, ¿qué es el cáncer de mama?, ¿Cuáles son las causas del cáncer?, ¿qué cuidados debo tener para evitar el cáncer de cérvix o de mama?, ¿cuándo debo hacer mis chequeos médicos?, “tengo vergüenza que vean mi cuerpo”, “tengo miedo a sentir dolor en los exámenes” entre otras más.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Por lo anteriormente expuesto, se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix y mama de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Surco – Perú. 2014?.

1.3 JUSTIFICACIÓN:

La realización del siguiente trabajo de investigación se justifica por las altas tasas de incidencia y mortalidad que el cáncer presenta específicamente en la población femenina, teniendo como cáncer más frecuente el de cérvix y mama. Hay un incremento de mujeres que no se encuentran informadas, incluso ignoran las medidas de prevención de estas enfermedades o de cómo se adquieren, por ello, lo que se busca es saber cuan informada están para que se incida la educación a la población acerca de estos temas por parte de las enfermeras por ser la profesión que se dedica más a estos aspectos, contribuyendo a reducir las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer de cérvix y mama en diversos asentamientos humanos como el AA. HH. San Carlos en el distrito de Surco.

1.4 OBJETIVOS:

1.4.1 Objetivo General

- Determinar el nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix y mama de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Surco – Perú. 2014.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimientos sobre prevención primaria de cáncer de cérvix.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre prevención secundaria de cáncer de cérvix.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre prevención primaria de cáncer de mama.

- Identificar el nivel de conocimientos sobre prevención secundaria de cáncer de mama.

1.5 PROPÓSITO:

El propósito del presente estudio es medir cuan informado esta las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos sobre la prevención del cáncer de cérvix y mama para plantear estrategias que permitan brindar una adecuada educación, que contribuyan a la prevención. Así mismo, brindar aportes que sirvan de base para investigaciones posteriores relacionados al tema. También, brindar información válida al Municipio y al Colegio de Enfermeros para buscar estrategias de mejora en el área de prevención.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES:

Luego de realizar la revisión de antecedentes se encontró algunos relacionados. Así tenemos:

A Nivel Internacional

Ehrenzweig Sánchez, Yamilet; en el 2013, en México, realizó un estudio sobre “Conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou”. El objetivo fue identificar la relación entre los conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, el locus de control, y la realización de la prueba de Papanicolaou en mujeres mexicanas con diferentes niveles de escolaridad. El método fue descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 208 mujeres, entre 30 y 64 años de edad. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

“Las mujeres con escolaridad media superior y superior sabían más sobre la utilidad de la prueba y cuándo realizarla. Además, todas las mujeres sabían poco sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, incluso aquellas con educación superior”.⁽¹³⁾

Urrutia, M. Teresa; Concha, Ximena; Riquelme, Giselle y Padilla, Oslando; en el 2012, en Chile, realizó un estudio sobre “Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico –uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas”. El objetivo fue describir el grado de conocimiento que tiene un grupo de adolescentes chilenas en relación al cáncer cérvico – uterino, al VPH y su relación con las conductas preventivas. El método fue analítico y de corte transversal. La población estuvo conformada por 226 adolescentes de

primero a cuarto medio de tres colegios municipalizados en una comuna del área norte de la Región Metropolitana en Santiago Chile. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. La conclusión a la que llegó fue entre otros:

“Las adolescentes conocen sobre la transmisión del VPH; sin embargo, las conductas preventivas no se relacionan con dicho conocimiento”.⁽¹⁴⁾

Vivas Sánchez, Vilma Margot; Torres Pedraza, Nelsy; Esguerra Gonzales, Lisbeth Liliana; Torres Silva, Cindy Alejandra; Mojica Torres, Isbel Carolina; Mendoza Jaimes, Karla Cecilia et al; en el 2011, en Colombia, realizó un estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama”. El objetivo fue identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de factores de riesgo de cáncer de mama del personal femenino vinculado de planta de la Universidad Francisco de Paula Santander. El método fue descriptivo prospectivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 88 mujeres, correspondientes 45 al personal administrativo y 43 al docente. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. La conclusión a la que llegó fue entre otros:

“El conocimiento sobre la prevención del cáncer de mama, se obtiene en un puntaje alto por parte de los dos grupos de estudio docente y administrativo en un 58%, lo que indica que poseen un aprendizaje continuo”.⁽¹⁵⁾

García Rosique, Regla Mercedes; Torres Triana, Adelaida; Rendón Quintero, Marlén; en el 2009, en Cuba, realizó un estudio respecto a “Conocimientos sobre prevención de cáncer cérvico–uterino en los adolescentes”. El objetivo fue identificar los conocimientos sobre prevención del cáncer cérvico–uterino en los adolescentes de la ESBU Manuel Sanguily, del Municipio de Matanzas. El método fue descriptivo, de corte transversal, con diseño cuali–cuantitativo. La población estuvo conformada por los 55 estudiantes del noveno grado. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. La conclusión a la que llegó fue entre otros:

“Los adolescentes del noveno grado presentan un bajo nivel de conocimiento para la prevención del cáncer cérvico-uterino predominando el 92.7%”.⁽¹⁶⁾

A Nivel Nacional

Suasnabar Reyes, Sara Cecilia; en el 2011, en Perú, realizó un estudio sobre la “Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al Centro de Salud Villa San Luis – San Juan de Miraflores”. El objetivo fue determinar la relación entre los conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres. El método fue descriptivo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 250 mujeres, siendo la muestra de 75. La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

“Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis, comprobado por la prueba estadística Chi-cuadrado. Asimismo, el nivel de conocimientos acerca de la prevención del cáncer de mama en las mujeres que participaron en el estudio es de bajo a medio, siendo los aspectos que menos conocen los factores de riesgo relacionados a la edad, menarquía precoz, menopausia tardía, nuliparidad, obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco y los medios de detección temprana, demostrando así que se limita una práctica adecuada haciendo que se retrase el diagnóstico, complicando el tratamiento y posibilidad de curación”.⁽¹⁷⁾

Jara Rojas, Ana Luisa; Peña Romero, Sandra Karina; en el 2011, en Perú, realizó un estudio sobre “Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián”. El objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años. El método fue descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 217 usuarias. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. La conclusión a la que llegó fue entre otros:

“El nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama de las usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián es de un nivel medio en su mayoría, lo cual para la situación socioeconómica y educativa del lugar es aceptable”.⁽¹⁸⁾

Aponte Salazar, Merlyn; Mestanza Torres, Angélica; Velásquez Távara, Jacqueline; Farro Peña, Gianina; en el 2010, en Perú, realizó un estudio sobre el “Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad”. El objetivo fue identificar el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y las características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad del establecimiento penitenciario Virgen de Fátima – Chorrillos. El método fue descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 85 mujeres. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento fue de tipo cuestionario. La conclusión a la que llegó fue entre otros:

“El nivel de conocimiento sobre cáncer de mama es aceptable; sin embargo, se muestra un nivel bajo en el reconocimiento de sus características clínicas, diagnóstico y tratamiento”.⁽¹⁹⁾

Acevedo Piedra, Sandra Lucia; en el 2009, en Perú, realizó un estudio respecto a “Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama en los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)”. El objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama en los estudiantes de enfermería. El método fue descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 182 estudiantes de enfermería. La técnica que se utilizó fue la entrevista y como instrumento de recolección de datos un cuestionario. La conclusión a la que llegó fue entre otros:

“El nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de Enfermería de la UNMSM sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama en su mayoría es medio”.⁽²⁰⁾

Mendoza Solis, Olga Luz; en el 2006, en Perú, realizó un estudio respecto a “Conocimientos sobre prevención del cáncer cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Fortaleza – Vitarte”. El objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer cervicouterino en las usuarias. El método fue descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 182 estudiantes de enfermería. La técnica que se utilizó fue la entrevista y como instrumento fue de tipo cuestionario. La conclusión a la que llegó fue entre otros:

“El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Fortaleza – Vitarte en su mayoría presentaron conocimiento medio y alto, esta situación las coloca en riesgo de enfermar”.⁽²¹⁾

2.2 BASE TEÓRICA:

Con la finalidad de tener un respaldo científico para sustentar los hallazgos, a continuación se exponen las siguientes bases teóricas:

A. GENERALIDADES DEL CONOCIMIENTO:

El conocimiento es una mezcla de experiencia, valores, información y “saber hacer”, lo cual sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción. Se origina y aplica en la mente de los conocedores.⁽²²⁾

Para Aristóteles, todo conocimiento nace de la experiencia sensible, la experiencia que se obtiene a través de los sentidos, del contacto con la realidad. No se puede tener conocimiento del mundo si no se tiene contacto directo con él. Mientras que para Platón, primero surge la idea y luego los objetos del mundo sensible.⁽²³⁾

La Real Academia Española (RAE) define al conocimiento como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales, la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas⁽²⁴⁾. Así mismo, se

define como el conjunto de informaciones que posee el hombre, adquiridas como producto de su experiencia individual de lo que ha visto u oído y también de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos datos. ⁽²⁵⁾

El conocimiento se origina a través de la percepción sensorial, luego al entendimiento y finaliza en la razón. La metodología de generar conocimiento tiene dos etapas: La investigación básica, etapa donde se observa la teoría y, la investigación aplicada, etapa donde se aplica la información. Además, el conocimiento puede ser "A priori" cuando no necesita de la experiencia solo le basta la razón para llegar a un conocimiento y "A posteriori" cuando necesita de la experiencia para llegar a un conocimiento válido. ⁽²⁶⁾

Los elementos del acto de conocimiento: En todo acto de conocimiento se encuentra por lo menos tres elementos materiales y uno formal⁽²⁷⁾ :

- Un “sujeto” que conoce, que ejecuta el acto de conocer.
- Un “objeto” que es conocido en el acto de conocimiento.
- Una “representación” del objeto conocido, que es el resultado del acto de conocimiento.
- Una “relación” entre el objeto de conocimiento y el resultado del acto de conocimiento; si esa relación es de correspondencia la llamamos “verdad”.

En el fenómeno del conocimiento se encuentran frente a frente la conciencia y el objeto: el sujeto y el objeto. Por ende, el conocimiento puede definirse como una determinación del sujeto por el objeto. ⁽²⁸⁾

Niveles del conocimiento: Se considera que el ser humano percibe un objeto en tres niveles diferenciados⁽²⁹⁾ :

- El conocimiento sensible, consiste en captar el objeto mediante los sentidos.
- El conocimiento conceptual, es algo más complejo, ya que se trata de una representación inmaterial, aunque no por ello menos esencial.
- El conocimiento holístico, que podría equipararse a la intuición, podría decirse que se percibe como un elemento de la totalidad, una vivencia que se capta pero que difícilmente va a poder comunicarse a los demás.

Tipos de conocimiento: Se pueden distinguir cuatro tipos de conocimiento⁽³⁰⁾ :

- El conocimiento cotidiano: Se encuadra dentro de los quehaceres que el ser humano lleva a cabo en su día a día. Esta actividad ha servido para acumular múltiples y valiosas experiencias que se han transmitido de generación en generación. Son respuestas a necesidades vitales que ofrecen resultados útiles y prácticos.
- El conocimiento técnico es fruto de la experiencia. Su origen está en la experimentación que termina dando una respuesta universal.
- El conocimiento empírico está basado en el saber popular. Se obtiene por azar mediante múltiples y variadas tentativas. Carece de métodos o técnicas, adquiere forma a partir de lo aparente, es sensitivo y escasamente preciso.

- El conocimiento científico, a través del procedimiento empírico, trasciende el fenómeno para conocer las causas y leyes que lo rigen. Se adscribe a la certeza por cuando explica sus motivos. Es metódico y sistemático, ya que el objetivo se alcanza mediante el conocimiento de las leyes y principios que lo rigen.

B. GENERALIDADES DEL CÁNCER:

La palabra cáncer deriva del latín, y como la derivada del griego karkinos (καρκίνοϛ), significa 'cangrejo'. El nombre proviene de que algunas formas de cáncer avanzan adoptando una forma abigarrada, con ramificaciones que se adhieren al tejido sano, con la obstinación y forma similar a la de un cangrejo marino.⁽³¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al cáncer como “Un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo”.⁽³²⁾

El cáncer puede empezar casi en cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado de trillones de células. Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las remplazan. Sin embargo, en el cáncer, este proceso ordenado se descontrola. A medida que las células se hacen más y más anormales, las células dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores.⁽³³⁾

Muchos cánceres forman tumores sólidos, los cuales son masas de tejido. Los cánceres de la sangre, como las leucemias, en general no forman tumores sólidos. Los tumores cancerosos son malignos, lo que significa que se pueden extender a los tejidos cercanos o los pueden invadir. Además, al crecer estos tumores, algunas células cancerosas pueden desprenderse y moverse a lugares distantes del cuerpo por medio del sistema circulatorio o del sistema linfático y formar nuevos tumores lejos del tumor original. ⁽³⁴⁾

Al contrario de los tumores malignos, los tumores benignos no se extienden a los tejidos cercanos y no los invaden. Sin embargo, a veces los tumores benignos pueden ser bastante grandes. Al extirparse, generalmente no vuelven a crecer, mientras que los tumores malignos sí vuelven a crecer algunas veces. Al contrario de la mayoría de los tumores benignos en otras partes del cuerpo, los tumores benignos de cerebro pueden poner la vida en peligro. ⁽³⁵⁾

Tipos de cáncer: Los tipos de cáncer reciben, en general, el nombre de los órganos o tejidos en donde se forman los cánceres. Estas son algunas categorías de cánceres que empiezan en tipos específicos de células⁽³⁶⁾ :

Carcinoma: Son los tipos más comunes de cáncer y se forman en las células epiteliales. Los carcinomas que empiezan en diferentes tipos de células epiteliales tienen nombres específicos como adenocarcinoma, carcinoma de células basales, escamosas y de transición.

Sarcoma: Se forman en el hueso y en los tejidos blandos, incluso en músculos, tejido adiposo, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y en tejido fibroso. Además, el osteosarcoma es el cáncer de hueso más común. Los tipos más comunes de sarcoma de tejido blando son el leiomioma, el sarcoma de Kaposi, el histiocitoma fibroso maligno, el liposarcoma y el dermatofibrosarcoma protuberante.

Leucemia: Un gran número de glóbulos blancos anormales (células leucémicas y blastocitos leucémicos) se acumulan en la sangre y en la médula ósea y desplazan a los glóbulos normales de la sangre. La concentración baja de células normales de la sangre puede hacer que el cuerpo lleve con dificultad oxígeno a los tejidos, que no controle las hemorragias o que no combata las infecciones. Hay cuatro tipos comunes de leucemia, los cuales se agrupan de acuerdo a la rapidez con la que empeora la enfermedad (aguda o crónica) y del tipo de glóbulo en donde empieza el cáncer (linfoblástico o mieloide).

Linfoma: Empieza en los linfocitos (células T o células B). Estos son glóbulos blancos que combaten las enfermedades y que forman parte del sistema inmunitario. En el linfoma, los linfocitos anormales se acumulan en los ganglios linfáticos y en los vasos linfáticos, así como en otros órganos del cuerpo. Hay dos tipos principales: Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin.

Mieloma múltiple: Es el cáncer que empieza en las células plasmáticas, otro tipo de células inmunitarias. Las células plasmáticas anormales, llamadas células de mieloma, se acumulan en la médula ósea y forman tumores en los huesos de todo el cuerpo. El mieloma múltiple se llama también mieloma de células plasmáticas y enfermedad de Kahler.

Melanoma: Empieza en las células que se convierten en melanocitos, los cuales son células especializadas en producir melanina. La mayoría de los melanomas se forman en la piel, pero pueden formarse también en otros tejidos pigmentados, como en los ojos.

Tumores de cerebro y de la médula espinal: Estos tumores se llaman según el tipo de célula en donde se formaron y en donde primero se formó el tumor en el sistema nervioso central. Por ejemplo, un tumor astrocítico empieza en las células del cerebro que tienen

forma de estrella y que se llaman astrocitos, los cuales ayudan a conservar sanas a las células nerviosas. Los tumores de cerebro pueden ser benignos o malignos.

Tratamiento: El tratamiento del cáncer está determinado por su localización y el grado de avance que se ha diagnosticado la enfermedad. Las principales formas terapéuticas de tratarlo son: Cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, terapia biológica, etc. ⁽³⁷⁾

- Cirugía, consiste en la extirpación del tumor o del tejido afectado. ⁽³⁸⁾
- Quimioterapia, consiste en la administración de medicamentos antineoplásicos para tratar evitar la multiplicación de las células cancerosas, la invasión de los tejidos adyacentes o el desarrollo de metástasis. ⁽³⁹⁾
- Radioterapia, utiliza radiaciones ionizantes para eliminar células cancerosas y reducir el tamaño del tumor. Pueden ser rayos x, bombas de cobalto o aceleradores de partículas. ⁽⁴⁰⁾
- Terapia hormonal, administran drogas que inhiben o estimulan la generación de hormonas en el organismo con el fin de controlar la velocidad de crecimiento, multiplicación y muerte de las células tumorales. ⁽⁴¹⁾
- Terapia biológica (Inmunoterapia), ayuda a estimular las defensas naturales del cuerpo para combatir el cáncer. Utiliza materiales producidos por el cuerpo o fabricados en un laboratorio para mejorar, identificar o restaurar la función del sistema inmunológico. ⁽⁴²⁾

- Trasplante de médula ósea, utilizada para reponer la médula ósea que ha sido destruida por enfermedad, quimioterapia o radiación.
(43)

C. CÁNCER DE CÉRVIX:

El cáncer de cérvix se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz). La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocérvix y la parte próxima a la vagina, es el exocérvix (o ectocérvix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocérvix). Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado zona de transformación. La ubicación exacta de la zona de transformación cambia a medida que envejece y con la procreación. (44)

La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en las células de la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Los dos tipos más comunes de cánceres de cuello uterino son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. (45)

Los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino incluyen⁽⁴⁶⁾ :

Infección por el virus del papiloma humano (VPH): Puede infectar a las células de la superficie de la piel, y aquellas que revisten los genitales, el ano, la boca y la garganta, pero no puede infectar la sangre o los órganos internos como el corazón o los pulmones. Una forma en la que el VPH se transmite es mediante el sexo, incluyendo el sexo vaginal, anal y hasta oral.

Alrededor de dos tercios de todos los cánceres de cuello uterino son causados por VPH 16 y 18. La infección por VPH es común, y en la mayoría de las personas el organismo puede eliminar la infección por sí mismo. Algunas veces, sin embargo, la infección no desaparece y se torna crónica. Una infección crónica, especialmente cuando es causada por ciertos tipos de VPH de alto riesgo, puede eventualmente causar ciertos cánceres, como el cáncer de cuello uterino. Aunque actualmente no hay cura para la infección de VPH, existen maneras de tratar las verrugas y el crecimiento celular anormal que causa el VPH.

Tabaquismo: Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH.

Inmunosupresión: El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el SIDA, daña al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH. En las mujeres infectadas con VIH, un precáncer de cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunes o aquellas que han tenido un trasplante de órgano.

Infección con clamidia: Se transmite mediante el contacto sexual y puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad. Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de análisis de sangre muestran evidencia de una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal.

Una alimentación con pocas frutas y verduras: Las mujeres con una alimentación que no incluya suficientes frutas, ensaladas y verduras pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino.

Tener sobrepeso: Las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino.

Uso prolongado de anticonceptivos: Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar condones para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Uso de un dispositivo intrauterino: Un estudio reciente encontró que las mujeres que en algún momento han usado un dispositivo intrauterino tenían un menor riesgo de cáncer de cuello uterino.

Tener muchos embarazos a término: Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral.

Tener menos de 17 años en el primer embarazo a término: Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después.

Pobreza: Muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las

pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para precánceres de cuello uterino.

Antecedente familiar de cáncer de cérvix: Se puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si su madre o hermana tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido. Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras.

Signos y síntomas del cáncer de cérvix:

Las mujeres con cánceres de cérvix en etapa temprana y precánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta que un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son⁽⁴⁷⁾ :

- Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado después del coito vaginal o después de la menopausia, sangrado y manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. También, puede ocurrir sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico.
- Una secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia).
- Dolor durante las relaciones sexuales (coito).

Fases o etapas del tumor:

Para poder determinar el tratamiento más adecuado para el cáncer de cérvix, es importante "clasificar" el tumor, es decir, determinar en qué fase se encuentra. Los estadios se clasifican en⁽⁴⁸⁾ :

- Estadio 0: Denominado carcinoma in situ o carcinoma preinvasivo. El tumor es muy superficial y se limita a las células de la mucosa.
- Estadio I: El tumor está limitado al cuello del útero.
- Estadio II: El tumor se ha diseminado fuera del cérvix. Invade la vagina sin llegar al tercio inferior y/o a los ligamentos laterales (parametrios) sin llegar a la pared de la pelvis.
- Estadio III: El tumor invade la parte más baja de la vagina, afecta a ganglios linfáticos próximos o alcanza los tejidos laterales del cérvix hasta alcanzar la pared de la pelvis.
- Estadio IV: El cáncer se ha extendido a órganos próximos o presenta metástasis.

Diagnóstico

Para diagnosticar un cáncer de cuello uterino, se pueden utilizar los siguientes procedimientos⁽⁴⁹⁾ :

Antecedentes y examen físico: El examen físico identifica cualquier signo de enfermedad, como nódulos o tumores. También se toman datos sobre los hábitos de salud del paciente, así como los antecedentes de enfermedades y los tratamientos aplicados en cada caso.

Examen pélvico: Se introduce un espéculo en la vagina y el médico revisa la vagina y el cérvix en busca de enfermedad. Por lo general, se realiza una prueba de Papanicolau del cuello uterino. El médico introduce uno o dos dedos lubricados, enguantados en la vagina, mientras presiona la parte inferior del abdomen con la otra mano. Esto se realiza para palpar el tamaño, la forma y la posición del útero y los ovarios. También se revisa la vagina, el cuello uterino, las trompas de Falopio y el recto.

Citología del cuello uterino o prueba de Papanicolau (frotis de Pap): Procedimiento para recoger células de la superficie del cuello uterino y la vagina. Se introduce un espéculo en la vagina para ensancharla. Luego, se introduce un cepillo en la vagina para obtener células del cuello uterino. Las células se observan al microscopio para determinar si hay signos de enfermedad.

Prueba del VPH: Se extraen células del cuello uterino y del ADN o ARN y se revisan para determinar si la causa de la infección es algún tipo de VPH que está relacionado con el cáncer de cuello uterino. Esta prueba se puede llevar a cabo con el uso de las muestras de células que se extraen durante una prueba de Pap. También, esta prueba se hace si los resultados de la prueba de Pap muestran ciertas células anormales en el cuello uterino.

Legrado endocervical: Es un procedimiento que se extraen células o tejidos del canal del cuello uterino mediante una cureta y se observan bajo un microscopio para determinar si hay signos de cáncer. Algunas veces, este procedimiento se lleva a cabo al mismo tiempo que la colposcopia.

Colposcopia: Se usa un colposcopio para determinar si hay áreas anormales en la vagina o el cuello uterino. Se pueden extraer muestras de tejido con una cureta o un cepillo para observarlas bajo un microscopio y determinar si hay signos de enfermedad.

Biopsia: Si se encuentran células anormales en una prueba de Pap, el médico puede realizar una biopsia. Se corta una muestra de tejido del cuello uterino para que un patólogo la observe bajo un microscopio y determine si hay signos de cáncer.

Tratamiento:

El tratamiento del cáncer de cérvix, como ocurre en la mayoría de los tumores, es un tratamiento multidisciplinario. Los tratamientos más frecuentemente son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. ⁽⁵⁰⁾

Tratamiento quirúrgico: La mayoría de los tumores de cérvix se diagnostican en fases tempranas, por ello la cirugía suele ser un tratamiento local curativo. Suele ser el primero en llevarse a cabo. Con frecuencia, se añade la radioterapia para completar el tratamiento ⁽⁵¹⁾. Existen diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento del cáncer de cérvix:

- Conización (Biopsia de cono): Procedimiento para extraer una porción de tejido en forma de cono del cuello y el canal uterino. Un patólogo examina el tejido bajo un microscopio para verificar si hay células cancerosas. También, se puede usar para diagnosticar o tratar una afección cervical. ⁽⁵²⁾
- Histerectomía: Cirugía para extirpar el útero, incluso el cuello del útero ⁽⁵³⁾. Así tenemos: a) Histerectomía vaginal, cuando el útero y el cuello del útero se extraen a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. b) Histerectomía abdominal, cuando el útero y el cuello del útero se extraen mediante una incisión grande en el abdomen. c) Histerectomía laparoscópica total, cuando el útero y el cuello del útero se extraen a través de una pequeña incisión en el abdomen utilizando un laparoscopio. ⁽⁵⁴⁾

- Histerectomía radical: Cirugía para extirpar el útero, el cuello uterino, parte de la vagina y un área amplia de ligamentos y tejidos que rodean estos órganos. También se pueden extirpar los ovarios, las trompas de falopio o los ganglios linfáticos cercanos. (55)
- Histerectomía radical modificada: Cirugía para extirpar el útero, el cuello uterino, la parte superior de la vagina, y los ligamentos y tejidos que rodean estrechamente estos órganos. También, se pueden extirpar los ganglios linfáticos cercanos. En este tipo de cirugía no se extirpan tantos tejidos u órganos como en una histerectomía radical. (56)
- Exenteración pélvica: Cirugía para extirpar la parte inferior del colon, el recto y la vejiga. También, en las mujeres se pueden extirpar el cuello uterino, la vagina, los ovarios y los ganglios linfáticos cercanos. Se hacen estomas para que se pueda expulsar fuera del cuerpo la orina y la materia fecal hacia una bolsa de drenaje. (57)

Radioterapia: Es muy efectiva en el tratamiento del cáncer de cérvix. Usa rayos de energía alta para matar las células cancerosas y constituye otra opción terapéutica, además de la cirugía, para la etapa temprana del cáncer cervical; e incluso en etapas avanzadas. (58)

La cirugía y la radiación han mostrado ser tratamientos equivalentes para etapas tempranas del cáncer cervical, y la radiación ayuda a evitar la cirugía en pacientes inoperables por diferentes motivos. Tiene la ventaja de tener la capacidad de tratar toda la enfermedad que está en el campo de radiación, de modo que los ganglios linfáticos pueden ser tratados, a la vez que el tumor primario, en el curso del mismo tratamiento. (59)

La radioterapia para el cáncer cervical puede proceder de una fuente externa (conocida como radiación externa) o de una fuente interna (conocida como braquiterapia). Otro uso de la radioterapia es para paliación, es decir, que las pacientes con casos muy avanzados del cáncer cervical son tratadas con la intención de aliviar el dolor o los síntomas, en lugar de curar la enfermedad. ⁽⁶⁰⁾

Quimioterapia: Es el uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas. La quimioterapia sistémica se administra a través del torrente sanguíneo y se focaliza en las células cancerosas de todo el cuerpo. ⁽⁶¹⁾

No existe evidencia de que la quimioterapia neoadyuvante (previa a la cirugía o radioterapia) o adyuvante (tras esos tratamientos) aporte ningún beneficio. Sin embargo la administración concomitante de esquemas que incluyen cisplatino con radioterapia ha demostrado un aumento del control local y de la supervivencia. ⁽⁶²⁾

La enfermedad diseminada se considera enfermedad incurable y tributaria por tanto de tratamiento sólo paliativo. En monoterapia varios agentes han demostrado efectividad con tasas de respuesta entre un 15 – 25%. Los más estudiados son los derivados del platino, considerándose el más activo el cisplatino. No existe evidencia clara de que esquemas de poliquimioterapia sean más efectivos que la monoterapia con cisplatino. Sin embargo, se han objetivado resultados con alta tasa de respuesta combinando platino con 5 – FU, ifosfamida, vinorelbina o paclitaxel. ⁽⁶³⁾

D. CÁNCER DE MAMA:

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en las células del seno. Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pueden crecer invadiendo los tejidos circundantes o que pueden

hacer metástasis a áreas distantes del cuerpo. Esta enfermedad ocurre casi exclusivamente en las mujeres, pero los hombres también la pueden padecer ⁽⁶⁴⁾. Además, en las mujeres el riesgo de padecerlo aumenta con la edad y la mayor incidencia se concentra entre los 50 y los 65 años ⁽⁶⁵⁾. Los siguientes son factores de riesgo del cáncer de mama⁽⁶⁶⁾ :

- La edad más avanzada es el factor de riesgo más importante para el cáncer de mama.
- Antecedentes familiares.
- Susceptibilidad significativa a un factor hereditario: Mutaciones de la línea germinal en los genes BRCA1 (Breast Cancer) y BRCA2 y otros genes que predisponen al cáncer de mama.
- Ingesta de alcohol.
- Densidad del tejido mamario (mamográfico).
- Estrógeno (endógeno): Antecedentes menstruales (menarquía prematura o menopausia tardía), nuliparidad y edad avanzada en el momento del primer parto.
- Antecedentes del tratamiento hormonal: Terapia de remplazo hormonal (TRH) combinada, estrógeno más gestágeno.
- Obesidad.
- Antecedentes personales de cáncer de mama.
- Antecedentes personales de formas proliferativas de enfermedad mamaria benigna.
- Raza.

- Exposición de la mama a la radiación.

Signos y síntomas del cáncer de mama:

En fases precoces de la enfermedad, el cáncer de mama no suele producir ningún tipo de síntoma ⁽⁶⁷⁾. Los síntomas más frecuentes son⁽⁶⁸⁾ :

- Aparición de un nódulo en la mama que previamente no existía.
- Dolor en la mama a la palpación.
- Cambio de tamaño de alguna de las mamas.
- Irregularidades en el contorno.
- Menor movilidad de una de las mamas al levantar los brazos.
- Alteración en la piel de la mama como: úlceras, cambios de color y aparición de lo que se denomina piel de naranja.
- Cambios en el pezón, como puede ser la retracción del mismo.
- Aparición de un nódulo en la axila.
- Existen otros síntomas como son el cansancio o el dolor óseo localizado, que pueden aparecer en las fases más avanzadas de la enfermedad.

Tipos: Se tiene los siguientes tipos⁽⁶⁹⁾ :

- ***Carcinoma "In situ"***: Se llama así a la proliferación celular maligna que ocurre en el interior del conducto mamario, sin traspasar la membrana basal del mismo, es decir sin invasión o infiltración del estroma que lo rodea. Se denomina:
 - Carcinoma ductal in situ ó carcinoma intraductal si es dentro de un ducto. La incidencia de esto ha aumentado en los últimos años. Con frecuencia este tipo de tumor es multicéntrico (varias lesiones en la misma mama) y bilateral (afectación de ambas mamas).
 - Carcinoma lobulillar in situ si es dentro de un lobulillo. En la actualidad, se considera como un marcador que identifica a mujeres con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama invasivo. El término más adecuado es el de neoplasia lobular.
- ***Carcinoma invasivo o infiltrante***: Se llama así a la proliferación celular maligna que traspasa la frontera natural anatómica del ducto o el lobulillo, invadiendo el tejido circundante. Fundamentalmente existen dos tipos de cáncer de mama invasivo:
 - Carcinomas ductales: se originan en las células que revisten los conductos galactóforos. Es el tipo más frecuente, representando el 80% de los cánceres infiltrantes de mama.
 - Carcinomas lobulillares: se originan en las células de los lobulillos mamarios, donde se produce la leche. Su incidencia es mucho menor, del 10%.
- ***En el Carcinoma inflamatorio de mama***, las células tumorales infiltran los vasos linfáticos y la piel. La mama está globalmente enrojecida y caliente, como si estuviese inflamada, porque las

células tumorales bloquean los vasos linfáticos de la piel. La incidencia es baja, del 1 al 3% de todos los cánceres de mama.

- **Enfermedad de Paget:** Es una afectación de la piel del pezón y/o de la areola, asociado o no a un carcinoma subyacente intraductal (“in situ”) o invasivo.

Diagnóstico:

El diagnóstico precoz del cáncer de mama es fundamental para determinar un buen pronóstico de la enfermedad. Se detalla a continuación:

Exploración clínica de las mamas: El médico realizará un examen de las mamas y axilas con el objetivo de descartar alteraciones palpables en las mismas. Dado que el cáncer de mama es muy poco frecuente en mujeres con edad inferior a los 30 – 35 años, no es probable que el médico solicite pruebas diagnósticas complementarias a esta edad, salvo si observara alguna alteración en la exploración. Sin embargo, si en la familia existen antecedentes familiares o alteraciones genéticas conocidas, probablemente complementará esta exploración con otras pruebas diagnósticas como la mamografía, ecografía, etc. ⁽⁷⁰⁾

Antecedentes: Se registran los antecedentes de los hábitos de salud del paciente y los antecedentes médicos de sus enfermedades y tratamientos anteriores. ⁽⁷¹⁾

Mamografía: Es la prueba más eficaz para diagnosticar precozmente el cáncer de mama, ya que detecta las lesiones mucho tiempo antes de que puedan ser descubiertas por una misma o por el médico. Es una radiografía de la mama que se realiza con un aparato de rayos X que se denomina mamógrafo, cuya forma está adaptada a

la situación de las mamas y produce unas dosis de radiación mínima.⁽⁷²⁾

Técnicamente se puede realizar a cualquier edad. Sin embargo, en las mujeres jóvenes, premenopáusicas, que tienen unas mamas densas la sensibilidad de esta prueba es menor a la hora de detectar lesiones de pequeño tamaño, por eso es preferible utilizar o complementarla con otro método diagnóstico como la ecografía.⁽⁷³⁾

Ecografía: El ecógrafo emplea ondas sonoras de alta frecuencia para generar imágenes en una pantalla. Es una técnica complementaria a la mamografía y especialmente útil en las mujeres jóvenes con mamas densas y para diferenciar las lesiones quísticas de las sólidas.⁽⁷⁴⁾

PAAF (punción – aspiración con aguja fina) y BAG (biopsia con aguja gruesa): Se trata de obtener una muestra de células o de tejido mamario para su estudio al microscopio por un especialista en anatomía patológica. Con la BAG se obtiene un cilindro más o menos grueso de tejido por lo que permite realizar un diagnóstico definitivo de la lesión.⁽⁷⁵⁾

Biopsia quirúrgica: Se trata de extirpar el nódulo o tejido sospechoso para su estudio anatomopatológico. En la actualidad, se emplea cada vez con menos frecuencia gracias al desarrollo de la BAG, técnica mucho más sencilla que no precisa de ingreso ni de anestesia.⁽⁷⁶⁾

Imágenes por resonancia magnética (IRM): Procedimiento para el que se usa un imán, ondas de radio y una computadora para crear una serie de imágenes detalladas de ambas mamas.⁽⁷⁷⁾

Tratamiento:

Hay varios tipos de tratamiento para el cáncer de mama. Esto depende del tipo de cáncer y del grado de diseminación. Las personas con cáncer de mama a menudo reciben más de un tipo de tratamiento.⁽⁷⁸⁾

- **Cirugía:** Se utiliza con la intención de extirpar el tumor y analizar los ganglios de la axila. Existen dos opciones de cirugía⁽⁷⁹⁾ :

- Cirugía conservadora: El especialista retirará el tumor y una pequeña cantidad del tejido sano que hay alrededor permitiendo conservar la mama aunque, por lo general, requiere que tras la operación se administre radioterapia para eliminar las células tumorales que queden en la mama. Esta opción se puede realizar dependiendo del tamaño del tumor, de la mama y de los deseos del paciente.⁽⁸⁰⁾

- Mastectomía radical modificada: Se conservan los músculos pectorales, extirpándose sólo la glándula mamaria y los ganglios axilares. Es posible realizar una reconstrucción mamaria.⁽⁸¹⁾

- Biopsia del ganglio centinela: El ganglio centinela es el primer ganglio linfático donde es posible que el tumor se disemine. Para localizarlo el especialista inyectará un tinte azul cerca del tumor que fluirá a través de los vasos linfáticos hasta llegar a los ganglios.⁽⁸²⁾

El procedimiento que seguirá el profesional consiste en extirpar el primer ganglio linfático que recibe la sustancia y comprobar si el tumor ha llegado. Si el tumor se ha extendido al ganglio,

tendrán que extirparse los ganglios linfáticos. Esta técnica no está indicada en todas las circunstancias. ⁽⁸³⁾

- **Quimioterapia:** Es la administración de fármacos (habitualmente por vía intravenosa) para destruir las células cancerosas que han podido dispersarse por el organismo, a las que ni la cirugía ni la radioterapia pueden alcanzar. ⁽⁸⁴⁾
- **Terapia hormonal:** Las células de la mama poseen la característica de ser estimuladas por las hormonas sexuales femeninas, fundamentalmente los estrógenos y la progesterona. Cuando las células tumorales conservan dicha característica, medida por la presencia de receptores hormonales en las mismas, es posible administrar un tratamiento hormonal adyuvante o complementario, que ha demostrado tener una elevada eficacia en reducir el riesgo de recaída del tumor y mejorar la supervivencia. El tipo de fármaco que se utiliza dependerá también de la situación hormonal de la paciente. ⁽⁸⁵⁾
- **Terapia biológica:** Las células malignas son capaces de sintetizar más cantidad de sustancias normales o sustancias muy diferentes a las que producen las células normales. Una de las sustancias, que en algunos casos se encuentra aumentada en el cáncer de mama (20 – 30% de las pacientes) es la proteína HER2. ⁽⁸⁶⁾

Actualmente, se dispone de un anticuerpo monoclonal que actúa sobre las células tumorales capaces de producir la proteína HER2 en exceso, disminuyendo o deteniendo su crecimiento. Este fármaco (Trastuzumab) tiene la característica de actuar destruyendo solamente las células tumorales sin actuar sobre las células sanas. Se puede administrar como único tratamiento o en combinación con quimioterapia u hormonoterapia en pacientes con enfermedad avanzada. También, ha demostrado ser eficaz en

el tratamiento adyuvante de los cánceres de mama HER2 positivos, debiéndose mantener durante un año. ⁽⁸⁷⁾

- **Radioterapia:** Consiste en la aplicación de radiaciones ionizantes en la mama o en la pared torácica y en ocasiones en las cadenas ganglionares a las que drena (axila y cadenas supraclaviculares) para destruir las posibles células cancerosas que pudieran haber quedado tras la operación. ⁽⁸⁸⁾

- Radioterapia externa: Se administra por medio de una máquina (acelerador lineal) que en ningún momento contacta con la paciente. Es frecuente que provoque diversas alteraciones cutáneas en la zona donde se está recibiendo la radiación (enrojecimiento, descamación, edema, inflamación, prurito, picor, etc.) que desaparecerán unas semanas después de finalizado el tratamiento. ⁽⁸⁹⁾

- Radioterapia interna o braquiterapia: Es la introducción de material radiactivo, en forma de hilo, en la zona donde se asentaba el tumor. Es un tratamiento complementario a la radioterapia externa. Una vez administrada la dosis de radiación necesaria se retira el material radiactivo. ⁽⁹⁰⁾

E. PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX Y DE MAMA:

La Organización panamericana de la Salud (OPS) ha definido la prevención como "aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad". ⁽⁹¹⁾

La prevención se centra en desarrollar medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Implica realizar acciones

anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad. ⁽⁹²⁾

Los distintos niveles de prevención están en íntima relación con las fases de la historia natural de las enfermedades. Así tenemos: Prevención primaria o frente a las causas, prevención secundaria frente a la enfermedad en sus fases precoces y prevención terciaria o rehabilitación, dado que previene la incapacidad. ⁽⁹³⁾

a) Prevención primaria: Las actividades de prevención primaria son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada y su objetivo será disminuir la incidencia de la enfermedad. ⁽⁹⁴⁾

Actúan en el periodo prepatogénico, es decir, antes de que la interacción entre los distintos factores y el individuo den lugar a la aparición de la enfermedad. Las medidas de prevención primaria pueden intervenir⁽⁹⁵⁾ :

- Sobre el medio ambiente: Saneamiento ambiental, higiene alimentaria, etc. Son medidas de protección de la salud.
- Sobre las personas: Vacunas, quimioprofilaxis, quimioprevención, educación sanitaria, etc. Son actividades de promoción de la salud.

Las competencias de los profesionales de enfermería en el mantenimiento y promoción de la salud y prevención de la enfermedad se incluyen en esta fase. ⁽⁹⁶⁾

b) Prevención secundaria (Cribados o cribajes, detección precoz de los problemas de salud): Busca eliminar la enfermedad en sus primeras fases. Se articula en un conjunto de acciones que buscan: El diagnóstico precoz y el tratamiento intensivo correspondiente de las

enfermedades antes de que hayan producido manifestaciones clínicas que motiven a acudir a quienes las padecen a los centros asistenciales. La prevención secundaria actúa cuando la primaria no ha existido o ha fracasado. Su objetivo es reducir la morbilidad. Tiene lugar en la fase presintomática del periodo patogénico de la historia natural de la enfermedad. ⁽⁹⁷⁾

El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman los programas de cribado o detección (Screening, tamizado, detección precoz) y consisten en el conjunto de procedimientos (pruebas de laboratorio, exploraciones radiológicas, etc.) que ofrece el sistema sanitario para detectar una enfermedad. ⁽⁹⁸⁾

c) Prevención terciaria: Estas actividades se definen como aquellas que están dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida. Buscan enlentecer la progresión de la enfermedad y, con ello, evitar la aparición o agravamiento de complicaciones e invalideces, intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes. ⁽⁹⁹⁾

Prevención en el cáncer de cérvix:

El cáncer de cérvix es uno de los principales tipos de cáncer que ocasiona enfermedad y muerte en la mujer peruana, sin embargo existen diversas maneras como podemos prevenir este tipo de cáncer; las recomendaciones son ⁽¹⁰⁰⁾ :

- Disminuir el riesgo a infecciones por el PVH: Ciertos tipos de comportamientos sexuales aumentan el riesgo de una mujer de contraer una infección por PVH, tales como tener relaciones sexuales a temprana edad y tener muchas parejas sexuales. ⁽¹⁰¹⁾

Las mujeres que han tenido muchas parejas sexuales tienen una mayor probabilidad de infectarse con el PVH, aunque una mujer que haya tenido solo una pareja sexual también puede infectarse con el virus. Esto es más probable que ocurra si ella tiene una pareja que ha tenido muchas parejas sexuales. Aunque el virus con más frecuencia se propaga entre un hombre y una mujer, la infección con PVH y el cáncer de cuello uterino también se han visto en mujeres que sólo han tenido sexo con otras mujeres. Además, una persona puede tener este virus por años sin aún presentar síntomas y transmitirlo sin saberlo. ⁽¹⁰²⁾

- Usar preservativos (condones) pues proveen cierta protección contra el PVH, pero no pueden prevenir completamente las infecciones. Los hombres que usan condones tienen una menor probabilidad de infectarse con este virus y de transmitirlo a sus parejas femeninas. ⁽¹⁰³⁾
- Asumir una sexualidad responsable. ⁽¹⁰⁴⁾
- Evitar el inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas. ⁽¹⁰⁵⁾
- Evitar tener múltiples compañeros sexuales. ⁽¹⁰⁶⁾
- Evitar tener relaciones sexuales con personas que hayan tenido muchas parejas. ⁽¹⁰⁷⁾
- Incrementar el consumo de frutas y verduras. ⁽¹⁰⁸⁾
- Evitar el consumo de tabaco: Reduce el riesgo de precáncer y cáncer de cuello uterino. ⁽¹⁰⁹⁾

- Realizar la prueba de Papanicolaou (o citología cervicovaginal) para detectar el cáncer de cuello uterino y los cambios precancerosos ⁽¹¹⁰⁾. Generalmente, está indicado en toda mujer de 30 a 59 años de edad o debe realizarse cada año todas las mujeres que tienen relaciones sexuales. ⁽¹¹¹⁾
- Vacunas: La vacuna contra el Virus del PVH se formuló sólo para uso profiláctico, es decir preventivo, no curan una infección ya existente por PVH. Es recomendada para diversas edades, de preferencia antes de la primera relación sexual. ⁽¹¹²⁾

Todas estas vacunas ofrecen protección contra la infección de los subtipos 16 y 18 del PVH. Algunas también pueden ofrecer protección contra la infección de otros subtipos del VPH, incluyendo algunos tipos causantes de verrugas anales y genitales. Estas vacunas pueden ayudar a prevenir los casos de precáncer y cáncer del cuello uterino. ⁽¹¹³⁾

En el Perú para la introducción de la nueva vacuna contra el VPH y por ser primera vez, el Ministerio de Salud (MINSA) sólo vacunará a las niñas que tengan 10 años, permitiendo inmunizarlas con dos tipos de PVH de alto riesgo (los genotipos 16 y 18), causa principal del cáncer de cuello uterino. Esta vacuna se aplica en el hombro de la niña y es necesario que la menor reciba tres dosis, la primera al contacto con el establecimiento de salud, la segunda a los dos meses de la primera dosis y la tercera a los seis meses. ⁽¹¹⁴⁾

Los efectos secundarios de esta vacuna son raros; sin embargo en algunos casos se ha reportado dolor, inflamación o enrojecimiento en el lugar donde se aplicó la inyección (brazo). Estas molestias son transitorias, pero pueden durar un par de días. En muy pocos casos, la vacuna puede causar fiebre, mareos o malestar estomacal. ⁽¹¹⁵⁾

Es importante entender que ninguna vacuna provee protección completa contra todos los tipos de PVH causantes de cáncer. Por lo tanto, las pruebas rutinarias de detección de cáncer de cuello uterino aún siguen siendo necesarias. ⁽¹¹⁶⁾

Prevención en el cáncer de mama:

El cáncer de mama, es considerado como el tipo de cáncer más frecuente en la mujer limeña y se puede prevenir este tipo de cáncer tomando en cuenta las siguientes recomendaciones⁽¹¹⁷⁾ :

- No fumar.
- Consumir una dieta rica en frutas y verduras frescas.
- Realizar actividad física, como caminar 30 minutos diarios.
- Disminuir el tiempo de uso de terapia de reemplazo hormonal (TRH).
- Evitar la obesidad.
- Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.
- La ausencia de embarazos, la menarquia precoz y la menopausia tardía, son considerados factores que incrementa el riesgo para desarrollar cáncer de mama.
- Promover lactancia materna.
- Realizar el autoexamen de mama: Permite a la mujer conocer su cuerpo y a la vez poder detectar algunas anormalidades. Este examen debe de ser practicado por toda mujer una vez por mes y de preferencia entre el séptimo y décimo día luego de su ciclo

menstrual y si no menstrua deberá fijar un día de cada mes. Debe de ser realizado de la siguiente manera⁽¹¹⁸⁾ :

1. Durante la ducha, colocar la mano izquierda detrás de la cabeza y examinar la mama izquierda con la mano derecha y posteriormente realice el mismo procedimiento con el lado contrario.
2. Colocarse frente al espejo, con los brazos caídos a lo largo del cuerpo. Fijarse en la piel de las mamas por si aparecen zonas salientes (nódulos) u hoyuelos, o cambios en el tamaño o aspecto de las mamas. Observar si los pezones están normales, comprobando que no estén invertidos, retraídos o fijados hacia el interior.
3. Luego, colocarse las manos en sus caderas, observando lo mismo.
4. Después, colocarse los brazos extendidos, para realizar, una vez más, la misma observación.
5. Imaginando que su mama es una esfera de reloj colocar su mano derecha a las 12 en punto (arriba). Dejar su mano relajada y presionar con las puntas de los dedos (todos juntos) haciendo lentamente un movimiento circular, intentando palpar la posible presencia de nódulos.
6. Realizar la misma operación en la posición de la 1 del reloj, luego de las 2 y así, sucesivamente, todo el horario.
7. Cuando termine el horario, vuelva a colocar los dedos y la mano en la misma actitud pero ahora alrededor del pezón y con movimientos circulares, desde las 12 horas y en el sentido de las agujas del reloj vaya haciendo círculos concéntricos. Fijarse

en la posible existencia de nódulos y en una posible exudación de líquido por el pezón.

8. Hacer círculos cada vez más pequeños para llegar hasta el pezón.
 9. Para terminar realizar una pequeña palpación del área cercana a la axila, donde puede haber tejido mamario.
 10. Al terminar esta exploración, debe realizar la misma operación en su otra mama, utilizando su mano contraria y siguiendo los mismos pasos.
 11. Realizar la misma operación estando acostada, colocando una almohada en el hombro derecho para explorar con la mano izquierda su mama derecha, y luego repitiendo la misma operación con la mama izquierda.
- Acudir a consulta médica para el examen clínico de mamas: Es muy importante además del auto examen de mama, que todas las mujeres a partir de los 35 años acuda a una consulta con su médico, una vez al año, para que examinen sus mamas y puedan evaluar alguna alteración e indiquen los exámenes y tratamiento adecuado. ⁽¹¹⁹⁾
 - Realizar la mamografía para detectar el cáncer de mama, generalmente está indicado a partir de los 40 años. ⁽¹²⁰⁾

En este contexto, la enfermera adquiere un rol, el cual se debe considerar como principal y significativo para la puesta en marcha de las acciones preventivas ⁽¹²¹⁾; desarrollando estrategias de información, educación y comunicación que permitan incrementar el conocimiento y la participación activa de la población para mejorar la salud. Además, las actividades deben desarrollarse en todos los niveles de atención

tales como: Actividades de apoyo, educación, consejería, capacitación del personal de salud, registro de casos sospechosos o confirmados, seguimiento, visitas domiciliarias, participación comunitaria, coordinación, monitoreo y evaluación. ⁽¹²²⁾

Northam (1996) añade que la prevención de enfermedades tiene propósitos humanitarios, así como económicos. Las enfermeras tienen la oportunidad de ayudar a los clientes a adoptar actividades para promover la salud y disminuir el riesgo de enfermedad ⁽¹²³⁾. Esto se desarrolla a través de las siguientes responsabilidades ⁽¹²⁴⁾ :

- Ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de cuidado posible, aumentando así la responsabilidad sobre su propia salud.
- Ayudar a la persona a superar sus limitaciones.
- Completar los déficits del autocuidado causados por la diferencia existente entre las exigencias de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.
- Proporcionar a las personas y/o grupos, asistencia directa en según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Las actividades de prevención y promoción de la salud motivan a las personas a actuar de manera positiva para alcanzar estados de salud más estables. El objetivo es mejorar el estado de salud del usuario a través de servicios de salud preventiva y de educación sanitaria. Asimismo, un individuo se responsabiliza de su salud y de su bienestar realizando elecciones adecuadas del estilo de vida. ⁽¹²⁵⁾

F. MODELO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD – NOLA J. PENDER:

Nola J. Pender basa su **“Modelo de la promoción de la salud”** en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Refiere que "hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro". ⁽¹²⁶⁾

En el modelo de la promoción de la salud identifica en el individuo factores cognitivos – perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. Los principales conceptos y definiciones de Nola J. Pender⁽¹²⁷⁾ :

Los factores cognitivos – perceptuales: Se definen como “mecanismos motivacionales primarios” de las actividades relacionadas con la promoción de la salud.

Importancia de la salud: Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.

Control de salud percibido: La percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud puede motivar su deseo de salud.

Autoeficacia percibida: La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible pueda influir la realización de dicha conducta.

Definición de salud: La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.

Estado de salud percibido: El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.

Beneficios percibidos de las conductas: Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.

Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud: La creencia del individuo de que una actividad o una conducta es difícil o inviable puede influir su intención de llevarla a cabo.

Otros factores modificantes, como son la edad, el sexo, la educación, la ingesta, el peso corporal, los patrones familiares sobre conductas en cuanto a cuidados sanitarios y las expectativas de los allegados desempeñan también un papel importante en la determinación de las conductas respecto a los cuidados sanitarios. Estos factores modificantes se consideran como una influencia indirecta sobre la conducta, mientras que los factores cognitivo – perceptuales actúan directamente sobre ella. ⁽¹²⁸⁾

La salud se considera como un estado altamente positivo. Se considera que el individuo sigue una trayectoria dirigida hacia la salud. La definición de salud para sí mismo del individuo tiene más importancia que un enunciado denotativo general sobre la salud. La persona es el individuo y el centro del modelo. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo – perceptual y sus factores variables. ⁽¹²⁹⁾

2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

Conocimiento: Es el conjunto de informaciones que posee las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Surco, adquiridas como producto de su experiencia individual de lo que ha observado u oído y también de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos datos ⁽¹³⁰⁾.

Prevención: Son aquellas actividades que permiten a las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Surco tener estilos de vida saludables para promover la salud y reducir los riesgos del cáncer de cérvix y de mama. ⁽¹³¹⁾

Cáncer de cérvix: Es un tumor maligno que se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz), con capacidad de hacer metástasis en las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Surco. ⁽¹³²⁾

Cáncer de mama: Es un tumor maligno que se origina en las células del seno y que pueden crecer invadiendo los tejidos circundantes o que pueden hacer metástasis a áreas distantes del cuerpo de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Surco. ⁽¹³³⁾

Prevención primaria: Son actividades de prevención primaria realizadas por las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Surco que impiden la aparición o disminuye la probabilidad de padecer cáncer de cérvix y mama. ⁽¹³⁴⁾

Prevención secundaria: Son actividades de prevención secundaria realizadas por las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Surco para buscar el diagnóstico precoz y el tratamiento

intensivo correspondiente al cáncer de cérvix y mama antes de que hayan producido manifestaciones clínicas. ⁽¹³⁵⁾

Mujeres del Asentamiento Humano: Es la totalidad del sexo femenino de la comunidad humana de San Carlos del distrito de Surco con todos los elementos sociales, materiales, organizativos, culturales y espirituales que la sustentan.

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

El presente estudio es de tipo cuantitativo porque los resultados son susceptibles de cuantificar, de nivel aplicativo ya que parte de la realidad para transformarlo, de método cuasi experimental de corte transversal porque permite obtener información en un determinado tiempo y espacio.

3.2 LUGAR DE ESTUDIO:

La presente investigación se realizó en el Asentamiento Humano San Carlos ubicado en el distrito de Surco.

3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

La población estuvo conformada por 30 personas, de sexo femenino, que viven en el Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Surco durante los meses de Noviembre a Diciembre de 2014.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Estuvo constituido por mujeres que viven en el Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Santiago de Surco, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- De sexo femenino.
- Mayores de 18 años hasta 50 años.
- Se encuentren orientadas en tiempo, espacio y persona.
- Que estén de acuerdo en participar voluntariamente en el estudio.
- Que completen el cuestionario.
- Que vivan en la jurisdicción.

3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Que no sepan leer ni escribir.
- Que hablen la lengua quechua.
- Que no acepten participar en el estudio.

3.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento un tipo cuestionario; el cual consta de presentación, instrucciones, datos generales y contenido propiamente. Los instrumentos originales pertenece a Mendoza Solis en el 2006 ⁽¹³⁶⁾ y a Suasnabar Reyes en el 2011 ⁽¹³⁷⁾, los cuales se tomaron para el presente estudio. Consta de 36 preguntas, teniendo un valor máximo de 36 y un valor mínimo de 0 puntos.

La validez del instrumento se realizó a través del juicio de expertos (8 jueces): 06 enfermeras especializadas en el área de oncología y 02 enfermeras con experiencia en el área de salud pública, quienes brindaron su apreciación y sugerencias en mejora

del instrumento; se procesó en la tabla de concordancia y prueba binomial (Anexo F). Luego, de realizar los reajustes al instrumento de acuerdo a las sugerencias planteadas, se llevó a cabo la prueba piloto a fin determinar la validez estadística mediante la prueba ítem – test (correlación de Pearson) (Anexo G) y la confiabilidad estadística mediante la prueba de Kuder – Richardson (Anexo H).

3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizaron los trámites administrativos a nivel de la Unidad de Post Grado solicitando el oficio de presentación para el Asentamiento Humano San Carlos, luego se coordinó con los dirigentes del local comunal para la autorización correspondiente, asimismo se coordinó con el director de la Posta de Salud “San Carlos”, quien brindo información importante de dicho lugar, además tienen sectorizado dicho asentamiento humano. Posteriormente, se recolecto los datos en el turno de mañana (8 a.m. – 1 p.m.), el cual fue realizado durante los meses de Noviembre a Diciembre del 2014, se realizó visita domiciliaria a las mujeres para la aplicación de las variables en estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, la entrevista tuvo una duración de 40 minutos por cada persona para aplicar el cuestionario previo consentimiento informado.

3.8 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Después de haber realizado la recolección de datos, éstos fueron procesados previa elaboración de la tabla de códigos (Anexo D) y tabla de matriz (Anexo E), a fin de presentar los resultados en tablas y/o gráficos estadísticos para el análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se aplicó la escala de Stanones, valorando el nivel de conocimiento en alto, medio y bajo (Anexo I).

3.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Para la ejecución del estudio se tuvo en consideración contar con la autorización de los dirigentes del local comunal y el consentimiento informado de las mujeres que viven en el Asentamiento Humano San Carlos; expresándoles el carácter anónimo y la confidencialidad de los datos; los mismos que solo fueron utilizados para fines de estudio (Anexo C).

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de haber procesado los datos; los resultados han sido presentados en gráficos y/o tablas estadísticos para sus análisis e interpretación considerando el marco teórico.

4.1 RESULTADOS:

A. DATOS GENERALES

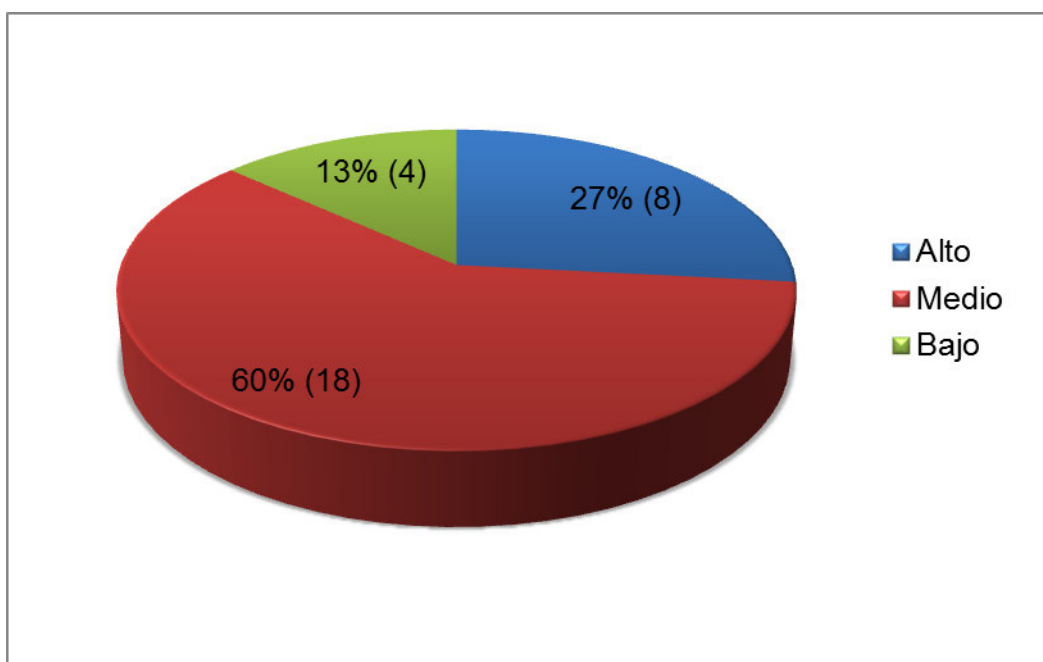
De un total de 100% (30) de mujeres viven en el Asentamiento Humano San Carlos, 26.6% (8) tienen entre 18 a 25 años, 36.7% (11) tienen entre 26 a 44 años y 36.7% (11) tienen entre 45 a 50 años. Además, se observa que 66.7% (20) provienen de la costa, 26.7% (8) son de la sierra y 6.6% (2) son de la selva. También, se observa que 3.3% (1) son analfabetas, 26.7% (8) tienen nivel primaria, 43.3% (13) nivel secundaria y 26.7% (8) nivel superior. Respecto al estado civil 16.7% (5) son solteras, 10% (3) son casadas, 66.7% (20) son convivientes y 6.6% (2) son viudas (Anexo K).

Por lo expuesto, puedo evidenciar que la mayoría de las mujeres tienen entre 26 a 50 años, son de la costa, tienen nivel secundaria y son convivientes.

B. DATOS ESPECÍFICOS

GRÁFICO N° 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX
Y MAMA DE LAS MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO
SAN CARLOS DEL DISTRITO DE SURCO.
LIMA – PERÚ.
2014**

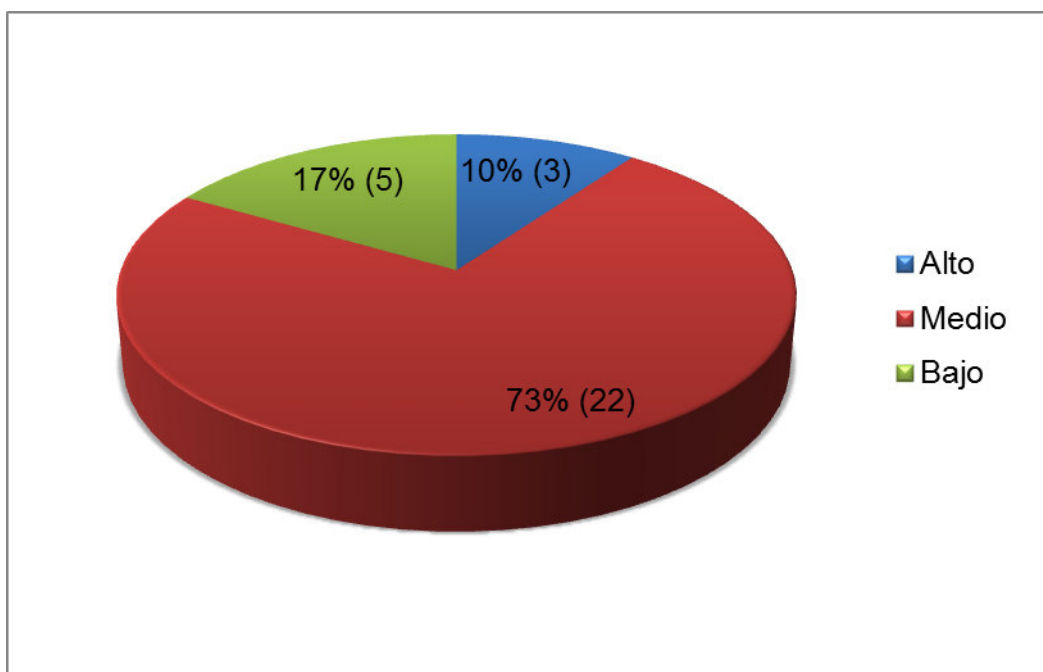


Fuente: Instrumento aplicado a las mujeres viven en el Asentamiento Humano San Carlos – 2014.

En el gráfico N° 1, referente al nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer de cérvix y mama en la población del Asentamiento Humano San Carlos se observa que del 100% (30) de las mujeres en estudio, el 60% (18) presentaron un nivel de conocimiento medio, el 27% (8) nivel alto y el 13% (4) nivel bajo.

GRÁFICO N° 2

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA DE CÁNCER DE
CÉRVIX DE LAS MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO
SAN CARLOS DEL DISTRITO DE SURCO.
LIMA – PERÚ.
2014**

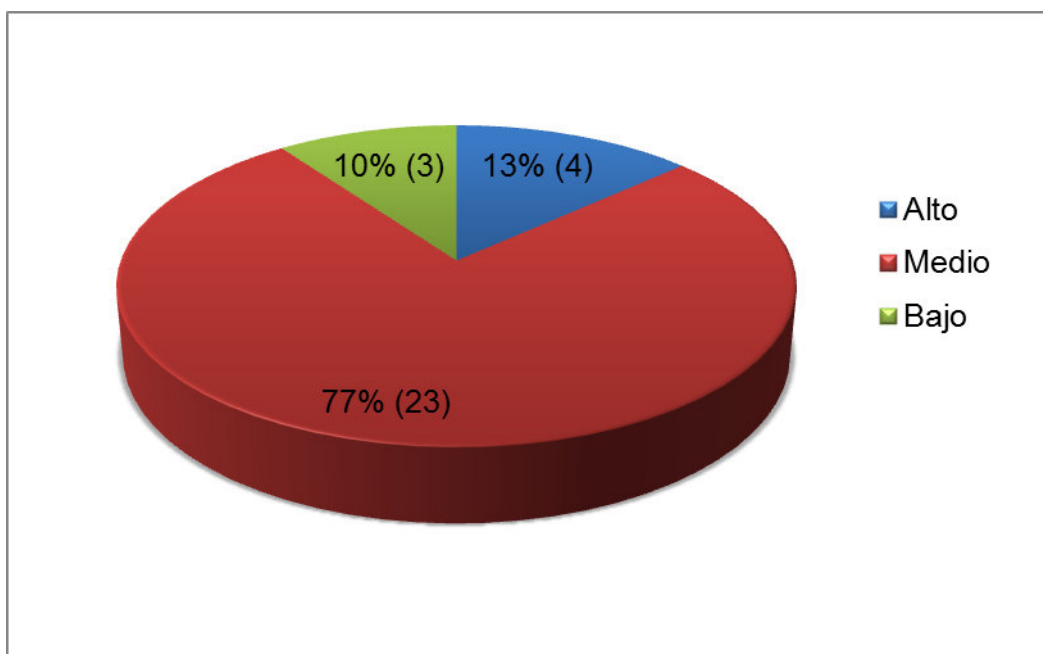


Fuente: Instrumento aplicado a las mujeres viven en el Asentamiento Humano San Carlos – 2014.

En el gráfico N° 2, respecto al nivel de conocimiento sobre la prevención primaria del cáncer de cérvix en la población del Asentamiento Humano San Carlos se observa que del 100% (30) de las mujeres en estudio, el 73% (22) presentaron un nivel de conocimiento medio, el 17% (5) nivel bajo y el 10% (3) nivel alto.

GRÁFICO N° 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER DE
CÉRVIX DE LAS MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO
SAN CARLOS DEL DISTRITO DE SURCO.
LIMA – PERÚ.
2014**

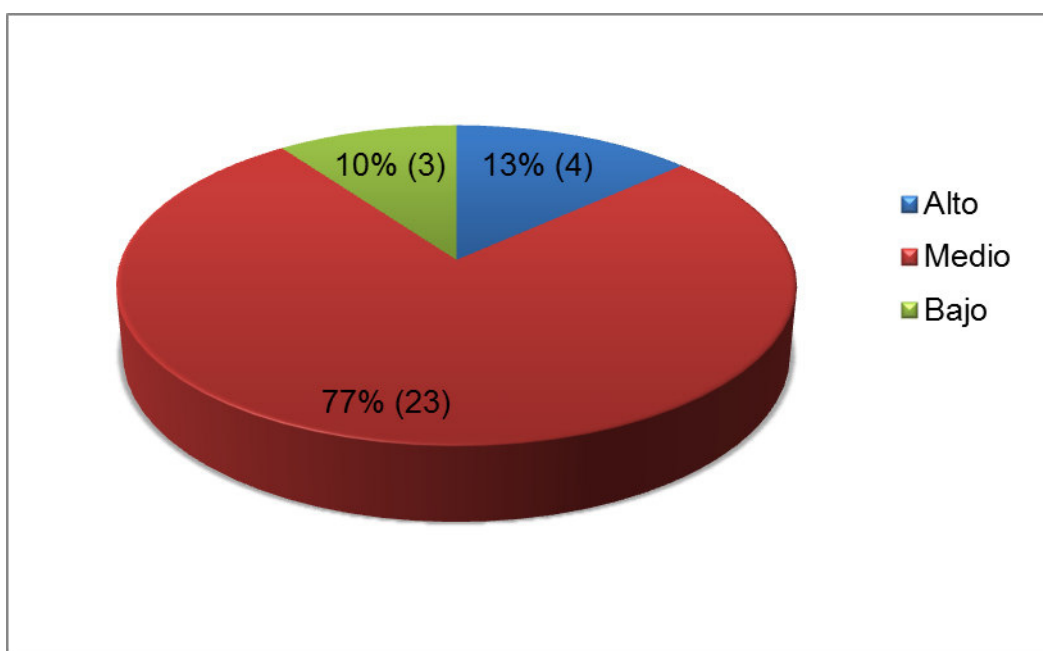


Fuente: Instrumento aplicado a las mujeres viven en el Asentamiento Humano San Carlos – 2014.

En el gráfico N° 3, respecto al nivel de conocimiento sobre la prevención secundaria del cáncer de cérvix en la población del Asentamiento Humano San Carlos, muestra que del 100% (30) de las mujeres en estudio, el 77% (23) presentaron un nivel de conocimiento medio, el 13% (4) nivel alto y el 10% (3) nivel bajo.

GRÁFICO N° 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA DE CÁNCER DE
MAMA DE LAS MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO
SAN CARLOS DEL DISTRITO DE SURCO.
LIMA – PERÚ.
2014**

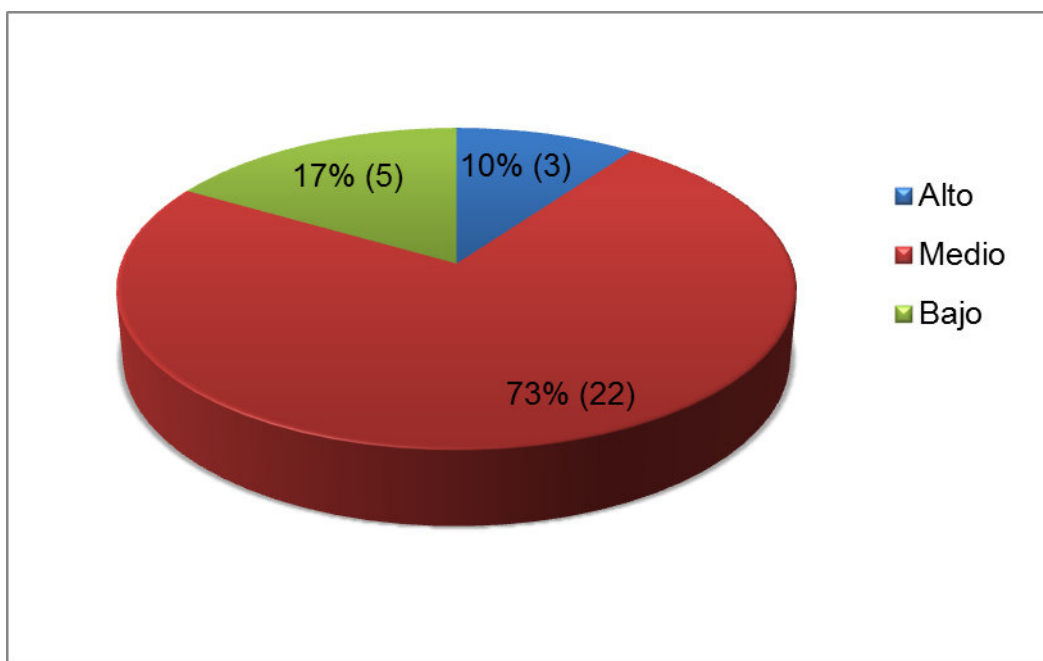


*Fuente: Instrumento aplicado a las mujeres viven en el Asentamiento Humano
San Carlos – 2014.*

En el gráfico N° 4, respecto al nivel de conocimiento sobre la prevención primaria del cáncer de mama en la población del Asentamiento Humano San Carlos se observa que del 100% (30) de las mujeres en estudio, el 77% (23) presentaron un nivel de conocimiento medio, el 13% (4) nivel alto y el 10% (3) nivel bajo.

GRÁFICO N° 5

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER DE
MAMA DE LAS MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO
SAN CARLOS DEL DISTRITO DE SURCO.
LIMA – PERÚ.
2014**



Fuente: Fuente: Instrumento aplicado a las mujeres viven en el Asentamiento Humano San Carlos – 2014.

En el gráfico N° 5, respecto al nivel de conocimiento sobre la prevención secundaria del cáncer de mama en la población del Asentamiento Humano San Carlos, muestra que del 100% (30) de las mujeres en estudio, el 73% (22) presentaron un nivel de conocimiento medio, el 17% (5) nivel bajo y el 10% (3) nivel alto.

4.2 DISCUSIÓN:

De los resultados descritos anteriormente, se observó que el nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix y mama de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del Distrito de Surco fue de nivel medio. Asimismo, en la prevención primaria y secundaria de cáncer de cérvix se obtuvo un nivel de conocimiento medio; del mismo modo el resultado fue similar para la prevención primaria y secundaria del cáncer de mama.

Por tanto, podemos inferir que la información adquirida de las mujeres sobre estos temas es producto de sus aprendizajes y experiencias personales, más aún si la información es significativa modifica sus pensamientos y comportamientos para prevenir estas enfermedades. Cabe resaltar que estos conocimientos se relacionan a diversos factores asociados tales como: la edad, procedencia, grado de instrucción, estado civil y otros.

La OPS afirma que la prevención permite a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad". ⁽¹³⁸⁾

Respecto, a la prevención primaria de cáncer de cérvix y mama se direcciona a las actividades para impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer estas enfermedades ⁽¹³⁹⁾. En cambio, la prevención secundaria busca eliminar el cáncer de cérvix y mama en sus primeras fases. ⁽¹⁴⁰⁾

Para lograr los objetivos de la prevención primaria es imprescindible reforzar las estrategias educativas tales como: Consejería de Enfermería, charlas educativas, concientización

televisiva, campañas, etc., a fin de que las mujeres opten un estilo de vida saludable para prevenir cáncer de cérvix y de mama.

Según la RAE sostiene que el conocimiento se da como un proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales, la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas ⁽¹⁴¹⁾. La educación se convierte en una herramienta fundamental para prevenir o resolver problemas de salud.

La prevención en el ámbito de la salud se convierte en una tarea fundamentalmente educativa y formativa, la cual permite proponer y obtener cambios de conductas en las personas, así como anticipar e identificar las situaciones o acciones de riesgo. ⁽¹⁴²⁾

Las actividades educativas se orientan a ampliar el conocimiento de la población en estilos de vida saludables y factores de riesgo de la enfermedad y el desarrollo de habilidades personales que promuevan la salud y prevengan el cáncer ⁽¹⁴³⁾. En este contexto, la enfermera adquiere un rol, el cual se debe considerar como principal y significativo para la puesta en marcha de las acciones preventivas ⁽¹⁴⁴⁾; desarrollando estrategias de información, educación y comunicación que permitan incrementar el conocimiento y la participación activa de la población sobre prevención de cáncer de cérvix y mama para mejorar la salud.

Al respecto la teórica en enfermería Nola J. Pender basa su “Modelo de la promoción de la salud” en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Refiere que “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”. ⁽¹⁴⁵⁾

Contrastando los resultados obtenidos con los antecedentes de estudio encontramos que Ehrenzweig Sánchez Yamilet, en México, 2013, en su estudio “Conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou” encontró que las mujeres con escolaridad media superior y superior sabían más sobre la utilidad de la prueba y cuándo realizarla. Además, todas las mujeres sabían poco sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, incluso aquellas con educación superior.

(146)

Asimismo, con los obtenidos por Vivas Sánchez Vilma Margot; Torres Pedraza Nelsy; Esguerra Gonzales Lisbeth Liliana; Torres Silva Cindy Alejandra; Mojica Torres Isbel Carolina; Mendoza Jaimes Karla Cecilia et al; en Colombia, 2011, en el trabajo de investigación sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama” encontraron que el conocimiento sobre la prevención del cáncer de mama de los dos grupos de estudio docente y administrativo poseen un aprendizaje continuo. ⁽¹⁴⁷⁾

De igual forma, Suasnabar Reyes Sara Cecilia; Perú, 2011, en su estudio sobre la “Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al Centro de Salud Villa San Luis – San Juan de Miraflores” encontró que existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres ⁽¹⁴⁸⁾. También, en un estudio reportado por Jara Rojas Ana Luisa; Peña Romero Sandra Karina; en Perú, 2011, sobre “Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián” encontró un nivel medio en su mayoría, lo cual para la situación socioeconómica y educativa del lugar es aceptable.

(149)

De la misma manera, en un estudio realizado por Acevedo Piedra, Sandra Lucia; en Perú, 2009, concluyó que el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de Enfermería de la UNMSM sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama en su mayoría fue medio ⁽¹⁵⁰⁾. Además, en un estudio por Mendoza Solis Olga Luz; en Perú, 2006, concluyó que el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Fortaleza – Vitarte en su mayoría presentaron conocimiento medio y alto, esta situación las coloca en riesgo de enfermar. ⁽¹⁵¹⁾

Por otro lado, Urrutia M. Teresa; Concha Ximena; Riquelme Giselle y Padilla Oslando; en Chile, 2012, concluyeron que las adolescentes conocen sobre la transmisión del VPH; sin embargo, las conductas preventivas no se relacionan con dicho conocimiento” ⁽¹⁵²⁾. También, en un estudio reportado por García Rosique Regla Mercedes; Torres Triana Adelaida; Rendón Quintero Marlén; en Cuba, 2009, concluyeron que los adolescentes del noveno grado presentaron un bajo nivel de conocimiento para la prevención del cáncer cérvico–uterino. ⁽¹⁵³⁾

Por ello, la mejor forma de reducir la alta incidencia y mortalidad a causa del cáncer de cérvix, es a través de la enseñanza sobre prevención, es decir estar informado sobre dichos temas para realizarse un examen a tiempo y llevar un buen estilo de vida, que incluye evitar tener relaciones sexuales a temprana edad, evitar tener múltiples parejas sexuales, usar preservativos, evitar tener relaciones sexuales con personas que hayan tenido muchas parejas, incrementar el consumo de frutas y verduras, evitar el consumo de tabaco, realizar la prueba de PAP, aplicar vacunas contra el Virus del PVH, etc. Así mismo, se reduce el cáncer de mama previniendo mediante la educación, no fumar, consumir una dieta rica en frutas y verduras frescas, realizar actividad física, disminuir el tiempo de uso de terapia de reemplazo hormonal, evitar la obesidad, disminuir el

consumo de bebidas alcohólicas, promover lactancia materna, chequeos médicos, realizar el autoexamen de mama, mamografías, etc.

CAPÍTULO V:

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a la discusión de la investigación se pueden desprender las siguientes conclusiones:

- La mayoría de mujeres del Asentamiento Humano San Carlos tiene un nivel de conocimientos medio (60%) sobre prevención de cáncer de cérvix y mama mientras que el 27% presentaron un nivel alto.
- El mayor porcentaje de las mujeres que viven en el Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Surco presentaron un nivel de conocimiento medio (73%) sobre la prevención primaria del cáncer de cérvix, el cual el conocimiento abarca a la infección por papiloma virus humano, número de compañeros sexuales, edad del primer coito, características del compañero sexual, enfermedades de transmisión sexual, edad del primer parto, paridad, partos vaginales, tabaquismo, susceptibilidad genética, vacuna contra el PVH 16 y 18.
- El mayor porcentaje de las mujeres que viven en el Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Surco presentaron un nivel de conocimiento medio (77%) sobre la prevención secundaria del cáncer de cérvix, el cual está relacionado con la prueba del Papanicolau.

- La mayoría de las mujeres que viven en el Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Surco presentaron un nivel de conocimiento medio (77%) sobre la prevención primaria del cáncer de mama, el cual el conocimiento abarca la edad, susceptibilidad genética, menarquía precoz, menopausia tardía, nuliparidad, alcoholismo, tabaquismo y obesidad.
- El mayor porcentaje de las mujeres que viven en el Asentamiento Humano San Carlos del distrito de Surco presentaron un nivel de conocimiento medio (73%) sobre la prevención secundaria del cáncer de mama, el cual está relacionado con el autoexamen de mamas, examen clínico y mamografía.

5.2 LIMITACIONES

La limitación derivada del estudio está dada por:

- Los resultados obtenidos solo se pueden generalizar a la población en estudio.

5.3 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Realizar estudios similares en otras poblaciones más grandes, a fin de conocer la problemática en torno a la variable en estudio.
- Realizar estudios comparativos entre los conocimientos y las prácticas que realizan las mujeres sobre la prevención de cáncer de cérvix y de mama.

- Promover la prevención primaria y secundaria del cáncer de cérvix y de mama a nivel de organizaciones de base como el vaso de leche, comedores populares, etc.
- Implementar programas educativos, de intervención multidisciplinaria, dirigidos a la población del Asentamiento Humano San Carlos en el distrito de Santiago de Surco, con la finalidad de brindar información activa sobre la prevención y promoción de la salud, además realizar un seguimiento y evaluación permanente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mito 1: El cáncer es solo un problema de salud [Internet]. OPS; 2012 [citado 20 de septiembre de 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19904&Itemid=

(2) Marriner – Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 3ª ed. España – Madrid: Mosby / Doyma; 1994. p. 510 – 512.

(3) (4) (8) Ramos W, Venegas D. Análisis de la situación del cáncer en el Perú [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2013 [citado el 1 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf

(5) Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Perfil epidemiológico [Internet]. Lima, Perú: INEN [citado 12 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>

(6) Ministerio de Salud del Perú (MINSA). El cáncer se previene y se puede curar si se detecta a tiempo [Internet]. Perú: MINSA; 2010 [citado 11 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/cancer/datos.asp>

(7) El Peruano. Normas Legales – Plan esperanza, Plan nacional para la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos en el Perú. Perú: El Peruano; 2012 [citado 30 de octubre de

2013]. Disponible en:
<http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2012/ds-009-plan-esperanza.pdf?ua=1>

(9) Cámara A. Conceptos para hablar de salud [Internet]. La Habana, Cuba: INFOMED [citado 20 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/infodir/temas.php?idv=8857>

(10) (11) Ponce M. La prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en servicios de salud y organizaciones no gubernamentales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Rev Salud Colectiva. 2013 marz; 9 (2): 215 – 233.

(12) Rodríguez Y, Rubio M. Bases conceptuales de la consejería en enfermería. Rev In Crescendo. 2010; 1 (2): 319 – 323.

(13) (146) Ehrenzweig Y, Marván M L, Acosta E. Conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou. Rev Psicología y Salud. 2013 dic; 23 (2): 161 – 169.

(14) (152) Urrutia T, Concha X, Riquelme G, Padilla O. Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico – uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. Rev Chilena Infectol. 2012 dic; 29 (6): 600 – 606.

(15) (147) Vivas V, Torres N, Esguerra L, Torres C, Mojica I, Mendoza K et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama. Rev Ciencia y Cuidado. 2012 abr; 9 (2): 43 – 51.

(16) (153) García R, Torres A, Rendón M. Conocimientos sobre prevención de cáncer cérvico-uterino en los adolescentes. Rev Med Electrón. 2011 abr; 33 (2):182 – 188.

(17) (137) (148) Suasnabar S, Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al Centro de Salud Villa San Luis – San Juan de Miraflores. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2012.

(18) (149) Jara A, Peña S. Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia]. Lima – Perú. UNMSM. 2011.

(19) Aponte Merlyn, Mestanza A, Velásquez J, Farro G. Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad. Rev Enferm Herediana. 2010 dic; 3 (2): 57 – 63.

(20) (150) Acevedo S. Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama en los estudiantes de enfermería de la UNMSM. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2010.

(21) (123) (125) (136) (151) Mendoza O. Conocimientos sobre prevención del cáncer cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Fortaleza, Vitarte. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2007.

(22) Quispe V. Efectividad de un programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2007.

(23) Merchán F. Con los zapatos gastados. Haciendo el camino en crisis. España: Liber Factory; 2014. p. 35.

(24) (141) Manrique J. Efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12 – 36 meses que asisten al programa “Sala de educación temprana”. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2013.

(25) (130) Rios R. Efectividad de un programa educativo “Pensando y actuando” en los conocimientos de los docentes de niños especiales sobre primeros auxilios en el Centro de Educación Básica Especial Reverenda Madre Mariana Carrigan. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2011.

(26) Franco P. Bases conceptuales de la investigación [Internet]. Medellín, Colombia: @Uniremington Corporación Universitaria [citado 16 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://curfinanciera.bligoo.com.co/media/users/51/2579600/files/849156/paolafranco.pdf>

(27) Pinillos D. Teorías del conocimiento [Internet]. Prezi; 2015 [citado 18 de noviembre de 2015]. Disponible en: <https://prezi.com/ptkrxmx-zg8n/teorias-del-conocimiento/>

(28) Vargas–Mendoza J. Teoría del conocimiento [Internet]. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.; 2006 [citado 28 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.conductitlan.net/conocimiento.ppt>

(29) (30) Lozoya J. Conocimiento: Métodos, definición, concepto y características [Internet]. Suite101; 2013 [citado 20 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://suite101.net/article/conocimiento-metodos-definicion-concepto-y-caracteristicas-a80333#.Vwp9YJzhDct>

(31) Soto E. El cáncer [Internet]. Prezi; 2013 [citado 15 de noviembre de 2013]. Disponible en: https://prezi.com/hjzgo_gzuahh/el-cancer/

(32) Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer [Internet]. OMS; 2013 [citado 17 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>

(33) (34) (35) (36) Instituto Nacional del Cáncer (NIH) de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. Estados Unidos: NIH; 2015 [citado 25 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>

(37) (38) (40) (41) Camargo C, Wiesner C, Díaz M, Tovar S. El cáncer. Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento [Internet]. Colombia: Instituto Nacional de Cancerología; 2004

[citado 29 de septiembre de 2013]. Disponible en:
<http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf>

(39) Otto S. Enfermería oncológica. 3ª ed. España: Harcourt Brace; 1999. p. 564.

(42) Cáncer.net. Qué es la inmunoterapia [Internet]. Estados Unidos: Cáncernet; 2013 [actualizado marzo 2013; citado 29 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.cancer.net/cancernet-en-espa%C3%B1ol/todo-sobre-el-c%C3%A1ncer/tipos-de-tratamiento/qu%C3%A9-es-la-inmunoterapia>

(43) American Cancer Society. Trasplante de células madre (trasplantes de sangre periférica, médula ósea y sangre del cordón umbilical) [Internet]. Estados Unidos: American Cancer Society; 2014 [actualizado 28 de enero de 2014; citado 25 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002991-pdf.pdf>

(44) (45) (46) (47) (101) (102) (103) (109) (110) (113) (116) (132) American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino [Internet]. Estados Unidos: American Cancer Society; 2014 [actualizado 10 de noviembre de 2014; citado 30 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf.pdf>

(48) Asociación española contra el cáncer (AECC). Cáncer de cérvix: Fases o etapas del tumor [Internet]. España: AECC; 2013 [citado 30 de

octubre de 2013]. Disponible en:
<https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERDECERVIX/Paginas/Fases.aspx>

(49) Instituto Nacional del Cáncer (NIH) de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. Cáncer de cuello uterino: Tratamiento [Internet]. Estados Unidos: NIH; 2015 [citado 14 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/paciente/tratamiento-cuello-uterino-pdq>

(50) (51) (52) (53) (55) (56) (57) Asociación española contra el cáncer (AECC). Cáncer de cérvix: Tratamiento quirúrgico [Internet]. España: AECC; 2013 [citado 30 de octubre de 2013]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERDECERVIX/Paginas/Tratamientoquirurgico.aspx>

(54) American Cancer Society. Tratamiento contra el cáncer de cuello uterino [Internet]. Estados Unidos: American Cancer Society; 2014 [actualizado 30 de octubre de 2014; citado 01 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/cancer-de-cuello-uterino-treating-surgery>

(58) (59) (60) Asociación española contra el cáncer (AECC). Cáncer de cérvix: Radioterapia [Internet]. España: AECC; 2013 [citado 30 de octubre de 2013]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERDECERVIX/Paginas/Radioterapia.aspx>

(61) (62) (63) Asociación española contra el cáncer (AECC). Cáncer de cérvix: Quimioterapia [Internet]. España: AECC; 2013 [citado 30 de octubre de 2013]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERDECERVIX/QUIMIOTERAPIA/Paginas/Quimioterapia.aspx>

(64) (133) American Cancer Society. Cáncer de seno [Internet]. Estados Unidos: American Cancer Society; 2014 [actualizado 25 de septiembre de 2014; citado 21 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-que-es-que-es-cancer-de-seno>

(65) (67) (70) (72) (73) (74) (75) (76) (81) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) Asociación española contra el cáncer (AECC). Cáncer de mama [Internet]. España: AECC; 2014 [citado 30 de marzo de 2014]. Disponible en: https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cancer-Mama_2014.pdf

(66) Instituto Nacional del Cáncer (NIH) de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. Cáncer de seno (mama): Tratamiento. Versión para profesionales de salud [Internet]. Estados Unidos: NIH; 2014 [citado 30 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/tratamiento-seno-pdq>

(68) Asociación española contra el cáncer (AECC). Cáncer de mama: Síntomas [Internet]. España: AECC; 2013 [citado 20 de octubre de 2013]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/sintomas.aspx>

(69) Asociación española contra el cáncer (AECC). Cáncer de mama: Tipos [Internet]. España: AECC; 2013 [citado 20 de octubre de 2013]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/tipos.aspx>

(71) (77) Instituto Nacional del Cáncer (NIH) de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. Cáncer de seno (mama): Tratamiento. Versión para pacientes [Internet]. Estados Unidos: NIH; 2014 [citado 30 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/tratamiento-seno-pdq>

(78) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).Cáncer de mama: ¿Cómo se trata el cáncer de mama? [Internet]. Estados Unidos: CDC; 2013 [citado 30 de diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/treatment.htm

(79) (80) (82) (83) DMedicina.com. Salud y bienestar. Cáncer de mama [Internet]. DMedicina.com; 2015 [citado 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/cancer-mama.html>

(91) (131) (138) Zas B. La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales [Internet]. España: Psicología Online [citado de 06 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/>

(92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (134) (135) (139) (140) Manual CTO Oposiciones de enfermería. Prevención y promoción de la salud [Internet].

Manual CTO Enfermería; 2012 [citado 06 de noviembre de 2013].
Disponible en:
http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_ope_bal.pdf

(100) (104) (105) (106) (107) (108) (111) (117) (118) (119) Manrique J, Limache A, Ruiz M, Dávila D, Arce D. Guía técnica para la consejería preventiva de cáncer [Internet]. Lima, Perú: INEN; 2011 [citado 12 de septiembre de 2013]. Disponible en:
<http://www.irennorte.gob.pe/pdf/doctec/d0004.pdf>

(112) (114) (115) Ministerio de salud (MINSA). Vacuna Vph [Internet]. Perú: MINSA; 2011 [citado 06 de noviembre de 2013]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/vacunavph/vph_preguntas.html

(120) Instituto Nacional del Cáncer (NIH) de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. Exámenes de detección del cáncer de seno (mama). Versión para profesionales de salud [Internet]. Estados Unidos: NIH; 2016 [citado 15 de marzo de 2016]. Disponible en:
<http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/deteccion-seno-pdq>

(121) (142) (144) Calderón M. Promoción de salud y prevención. Importancia de reorientar la práctica de enfermería [Internet]. Ilustrados [citado 26 de mayo de 2015]. Disponible en:
<http://www.ilustrados.com/tema/12983/Promocion-Salud-Prevencion-Importancia-reorientar-practica.html>

(122) Rivas J, Alcides H, Serpas M, Concepción E, Zárate J. Guía técnica de prevención y control del cáncer de mama [Internet]. El Salvador:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2006 [citado 12 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_Mama_Mujer.pdf

(124) Comunidad de Madrid. Papel de Enfermería en atención primaria [Internet]. Madrid, España: Comunidad de Madrid; 2009 [citado 06 de mayo de 2015]. Disponible en: https://www.semg.es/doc/comunidades/madrid/enfermeria_en_ap.pdf

(126) (127) (128) (129) (145) Marriner – Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 3ª ed. España – Madrid: Mosby / Doyma; 1994. p. 510 – 512.

(141) Ministerio de Salud. Plan nacional para la prevención y control del cáncer 2011 – 2017 [Internet]. San José, Costa Rica: El Ministerio de Salud; 2012 [citado 12 de diciembre de 2015]. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/consejo_nacional_cancer/DM_plan_nacional_para_la_preencion_y_control_del_cancer.pdf

BIBLIOGRAFÍA

De Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. México: Limusa; 2004.

De La Torre I, Cobo M, Mateo T, Vicente L. Cuidados enfermeros al paciente oncológico. España: Publicaciones Vértice; 2008.

Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: Mc Graw – H / Interamericana; 2014.

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Guía técnica para la consejería preventiva del cáncer. Perú – Lima: INEN; 2012.

Jáuregui C, Suárez P. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 2ª ed. Colombia: Editorial Médica Panamericana; 2004.

Marriner – Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 3ª ed. España – Madrid: Mosby / Doyma; 1994.

Otto S. Enfermería oncológica. 3ª ed. España: Harcourt Brace; 1999.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A	Operacionalización de la variable	I
B	Instrumento	IV
C	Consentimiento informado	XIII
D	Tabla de códigos	XIV
E	Tabla de matriz de datos	XVII
F	Prueba binomial: Juicio de expertos	XIX
G	Validez del instrumento	XX
H	Confiabilidad del instrumento	XXI
I	Medición de la variable: Escala de Stanones	XXII
J	Datos generales de las mujeres que viven en el Asentamiento Humano San Carlos del Distrito de Surco. Lima – Perú. 2014	XXVII
K	Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix y mama de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del Distrito de Surco. Noviembre – diciembre. 2014	XXVIII
L	Nivel de conocimientos sobre prevención primaria de cáncer de cérvix de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del Distrito de Surco. Noviembre – diciembre. 2014	XXIX
M	Nivel de conocimientos sobre prevención secundaria de cáncer de cérvix de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del Distrito de Surco. Noviembre – diciembre. 2014	XXX
N	Nivel de conocimientos sobre prevención primaria de cáncer de mama de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del Distrito de Surco. Noviembre – diciembre. 2014	XXXI

ANEXO**Pág.**

- | | | |
|----------|---|--------|
| O | Nivel de conocimientos sobre prevención secundaria de cáncer de mama de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos del Distrito de Surco. Noviembre – diciembre. 2014 | XXXII |
| P | Distribución de las respuestas correctas por cada pregunta. | XXXIII |
| Q | Carta de Aprobación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos | XXXIV |

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix y mama.	Es el conjunto de informaciones que posee la persona, adquiridas como producto de su experiencia individual de lo que ha observado u oído y también de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos datos.	Es el conjunto de informaciones sobre la prevención del cáncer de cérvix y mama que posee las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos, el cual se obtuvo a través de un cuestionario en alto, medio y bajo.	Prevención primaria del cáncer de cérvix.	<ul style="list-style-type: none"> - Infección por papiloma virus humano (PVH). - Número de compañeros sexuales. - Edad del primer coito. - Características del compañero sexual. - Enfermedades de transmisión sexual. - Edad del primer parto. - Paridad. 	<p>Nivel de conocimientos :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alto: 29 – 35. - Medio: 20 – 28. - Bajo: 0 – 19.

			<p>Prevención secundaria del cáncer de cérvix.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Partos vaginales. - Tabaquismo. - Susceptibilidad genética. - Vacuna contra el PVH 16 y 18. - Prueba del Papanicolaou. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilidad. ▪ Inicio de la prueba del Pap. ▪ Personas sujetas del examen de Pap. ▪ Frecuencia del Pap. ▪ Interpretación del resultado del Pap. 	
--	--	--	--	--	--

			<p>Prevencción primaria del cáncer de mama.</p> <p>Prevencción secundaria del cáncer de mama.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Importancia del resultado. - Edad. - Susceptibilidad genética. - Menarquía precoz. - Menopausia tardía. - Nuliparidad. - Alcoholismo. - Tabaquismo. - Obesidad. - Autoexamen de mamas. - Examen clínico. - Mamografía. - Importancia de la detección temprana. 	
--	--	--	---	--	--

ANEXO B

UNMSM – FM – UPG

PSEE – 2014

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO N° 1

A. PRESENTACIÓN:

Sr., Srta., Sra. le saludo cordialmente, soy la Licenciada en Enfermería Marycruz Daisy Cadenas Valerio, estoy realizando una investigación con la finalidad de obtener información del nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer de cérvix y mama en la población del Asentamiento Humano San Carlos en el distrito de Santiago de Surco, motivo por el cual, solicito a usted su colaboración respondiendo con veracidad las siguientes preguntas que son de carácter anónimo y confidencial. Se agradece anticipadamente su colaboración.

II. DATOS GENERALES

1. Edad.....

2. Procedencia: Costa () Sierra () Selva ()

3. Grado de instrucción:

Analfabeta () Primaria () Secundaria ()

Superior ()

4. Estado civil Soltera () Casada () Divorciada ()

Conviviente () Viuda ()

III.INSTRUCCIONES

Lea bien y detenidamente cada una de los siguientes enunciados y marque con una (X) la alternativa que Usted crea conveniente. Si Usted desconociera todas las opciones marque “NO SABE”. Le pedimos que responda con sinceridad al momento de marcar la respuesta.

A. En cuanto al Cáncer de cérvix:

1. El cáncer de cérvix o de cuello uterino es una enfermedad que:
 - a. Presenta secreción vaginal en gran cantidad y mal olor además de comezón en la zona.
 - b. Ocasiona una lesión en el cuello uterino que puede llegar a convertirse en tumor maligno.
 - c. Se caracteriza por la presencia de tos y flema por más de quince días.
 - d. No sabe.

2. Una de las causas del cáncer de cuello uterino es:
 - a. Inadecuada alimentación.
 - b. Inadecuada higiene.
 - c. Infección por Virus del Papiloma Humano.
 - d. Infección por un hongo.
 - e. No sabe.

3. ¿Considera Ud. que tener varias parejas sexuales puede causar el cáncer de cuello uterino?
 - a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.

4. ¿Considera que tener relaciones sexuales muy joven podría favorecer el cáncer de cuello uterino?
 - a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.

5. ¿En caso de que su pareja tenga varias parejas sexuales podría ser un riesgo para que Ud. presente cáncer de cuello uterino?
- a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.
6. ¿Sabe Ud. si las enfermedades que se transmiten por contacto sexual puedan relacionarse con el cáncer de cuello uterino?
- a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.
7. ¿Sabe Ud. si una mujer que tuvo su primer hijo a edad muy joven pueda estar en riesgo de tener cáncer de cuello uterino?
- a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.
8. ¿Considera Ud. que la mujer que tiene muchos hijos, tiene riesgo de tener cáncer de cuello uterino?
- a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.
9. ¿Considera Ud. que los partos vaginales representan un riesgo de presentar cáncer de cuello uterino?
- a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.

10. ¿Considera Ud. que la persona que fuma por largo tiempo puede estar en riesgo de tener cáncer de cuello uterino?
- a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.
11. ¿Considera Ud. que si una mujer tuvo cáncer de cuello uterino su hija también pueda tenerlo?
- a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.
12. La vacuna que previene el cáncer de cuello uterino protege de:
- a. Cualquier tipo de cáncer ginecológico
 - b. Contraer el virus del Papiloma Virus Humano.
 - c. Contraer el virus del P.V.H. y del herpes.
 - d. No sabe.
13. La vacuna contra el Papiloma Virus Humano se debe aplicar a:
- a. Todas las mujeres que han iniciado sus relaciones sexuales.
 - b. Las mujeres que aún no inician sus relaciones sexuales.
 - c. Las mujeres que tienen heridas en el cuello del uterino.
 - d. No sabe.
14. El examen de Papanicolaou es útil para:
- a. Diagnosticar embarazo.
 - b. Tratamiento de enfermedades vaginales.
 - c. Planificar la familia.
 - d. Detectar lesiones que pueden convertirse en cáncer de cuello uterino.
 - e. No sabe.

15. ¿Cuándo iniciar a realizarnos el examen de Papanicolaou?
- a. Tres años después de tener relaciones sexuales.
 - b. Durante el primer embarazo.
 - c. Cuando siente dolores en la parte baja del abdomen.
 - d. Cuando se inicia la menstruación.
 - e. No sabe.
16. ¿Qué personas deben tomarse la prueba del Papanicolaou?
- a. Todas las mujeres que se sienten enfermas.
 - b. Hombres y mujeres adultos (en edad reproductiva).
 - c. Mujeres que han iniciado relaciones sexuales.
 - d. Otros. Especificar.....
 - e. No sabe.
17. ¿Cada cuánto tiempo se debe realizar la prueba del Papanicolaou?
- a. Una vez al año.
 - b. Una vez cada 2 años.
 - c. Una vez cada 3 años.
 - d. Sólo cuando se sienten enfermas.
 - e. No sabe.
18. Si al realizarse la prueba del Papanicolaou el resultado sale POSITIVO pero la mujer no presenta síntoma alguno, significa que:
- a. Está bien de salud.
 - b. Existen lesiones que con el tiempo pueden convertirse en cáncer de cuello uterino.
 - c. Está embarazada.
 - d. Tiene cáncer de cuello uterino.
 - e. No sabe.

19. ¿Considera Ud. que es importante recoger y saber los resultados del examen de Papanicolaou?
- a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.

B. En cuanto al Cáncer de mama:

20. Para usted, el cáncer de mama es:
- a. Una enfermedad hereditaria.
 - b. Una enfermedad contagiosa.
 - c. Una tumoración maligna.
 - d. Una herida en la mama.
 - e. No sabe.
21. La edad en la que se presenta con mayor frecuencia el cáncer de mama en las mujeres es:
- a. De 20 – 30 años.
 - b. De 31 – 40 años.
 - c. De 41 años a más.
 - d. No sabe.
22. Las personas que tienen familiares directos (madre, hermanas) con cáncer de mama, tienen mayor riesgo de presentar esta enfermedad:
- a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.
23. ¿El riesgo de tener cáncer de mama aumenta, si la primera menstruación fue antes de los 12 años?
- a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.

24. ¿La menopausia después de los 55 años, es un riesgo para desarrollar cáncer de mama?
- a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.
25. ¿Quiénes tienen mayor riesgo de presentar cáncer de mama?
- a. Mujeres con 1 hijo.
 - b. Mujeres con 2 hijos.
 - c. Mujeres que nunca tuvieron hijos.
 - d. No sabe.
26. El consumo de alcohol y tabaco aumenta la posibilidad de sufrir cáncer de mama:
- a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.
27. ¿La obesidad aumenta la posibilidad de sufrir cáncer de mama?
- a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.
28. Los medios de detección temprana del cáncer de mama son:
- a. Autoexamen de mama, mamografía.
 - b. Mamografía, autoexamen de mama y examen clínico de mama.
 - c. Examen clínico de mama, autoexamen de mama.
 - d. No sabe.

29. ¿Qué es el autoexamen de mamas?
- a. Un procedimiento que realiza el médico para buscar anormalidades en las mamas.
 - b. Un conjunto de pasos que realiza la propia mujer para buscar anormalidades en su mama.
 - c. Un procedimiento que realiza la enfermera para buscar anormalidades en las mamas.
 - d. No sabe.
30. ¿Con que frecuencia se debe realizar el autoexamen de mama?
- a. Todos los días.
 - b. Cada 15 días.
 - c. Cada mes.
 - d. Cada año.
 - e. No sabe.
31. En relación al ciclo menstrual, el autoexamen de mamas lo realiza:
- a. Durante la menstruación.
 - b. Una semana antes de la menstruación.
 - c. Una semana después de la menstruación.
 - d. No toma en cuenta la menstruación.
 - e. No sabe.
32. ¿Cuál es la frecuencia recomendable para realizarse el examen clínico de mamas?
- a. Una vez al mes.
 - b. Cada 6 meses.
 - c. Una vez al año.
 - d. Cada dos años.

33. ¿Qué es la mamografía?
- a. Un examen que se hace para buscar problemas en los senos.
 - b. Una máquina especial de rayos x.
 - c. Una radiografía de las mamas que puede detectar masas que no son palpables.
 - d. No sabe.
34. ¿A partir de qué edad puede realizarse la mamografía?
- a. 30 años.
 - b. 40 años.
 - c. 50 años.
 - d. No sabe.
35. ¿Si se detecta a tiempo el cáncer de mama es posible su curación?
- a. Sí.
 - b. No.
 - c. No sabe.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....con D.N.I..... a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX Y MAMA EN LA POBLACIÓN DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN CARLOS EN EL DISTRITO DE SANTIAGO DE SURCO – PERÚ. 2014”** habiendo sido informando (a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de investigación.

Firma del Paciente

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada paciente:

La investigadora del estudio para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Marycruz Daisy Cadenas Valerio
Responsable de la Investigación

ANEXO D

TABLA DE CÓDIGOS

Nº	DATOS	CATEGORÍAS	CÓDIGO
GENERALES			
1.	Edad	a. 18 – 25.	1
		b. 26 – 44.	2
		c. 45 – 50.	3
2.	Procedencia	a. Costa.	1
		b. Sierra.	2
		c. Selva.	3
3.	Grado de instrucción	a. Analfabeta.	1
		b. Primaria.	2
		c. Secundaria.	3
		d. Superior.	4
4.	Estado civil	a. Soltera.	1
		b. Casada.	2
		c. Divorciada.	3
		d. Conviviente.	4
		e. Viuda.	5

CÓDIGOS APLICADOS AL CUESTIONARIO

Nº	DIMENSIÓN	a	b	c	d	e	TOTAL
1	Prevención primaria del cáncer de cérvix.	0	1	0	0	---	1
2		0	0	1	0	0	1
3		1	0	0	---	---	1
4		1	0	0	---	---	1
5		1	0	0	---	---	1
6		1	0	0	---	---	1
7		1	0	0	---	---	1
8		1	0	0	---	---	1
9		1	0	0	---	---	1
10		1	0	0	---	---	1
11		0	1	0	---	---	1
12		0	1	0	0	---	1
13		0	1	0	0	---	1
14	Prevención secundaria del cáncer de cérvix.	0	0	0	1	0	1
15		1	0	0	0	0	1
16		0	0	1	0	0	1
17		1	1	1	0	0	1
18		0	1	0	0	0	1
19		1	0	0	---	---	1
20	Prevención primaria del cáncer de mama.	0	0	1	0	0	1
21		0	1	0	0	---	1
22		1	0	0	---	---	1
23		1	0	0	---	---	1
24		1	0	0	---	---	1
25		0	0	1	0	---	1
26		1	0	0	---	---	1
27		1	0	0	---	---	1

Nº	DIMENSIÓN	a	b	C	d	e	TOTAL
28	Prevención secundaria del cáncer de mama.	0	1	1	0	---	1
29		0	1	1	0	---	1
30		0	0	1	0	0	1
31		0	0	1	0	0	1
32		0	0	1	0	---	1
33		0	0	1	0	---	1
34		0	1	0	0	---	1
35		1	0	0	---	---	1

Correcto: 1

Incorrecto: 0

ANEXO E

TABLA DE MATRIZ DE DATOS

ENCUESTADOS	DATOS ESPECÍFICOS																																			TOTAL
	Prevención primaria del cáncer de cérvix													Prevención secundaria del cáncer de cérvix						Prevención primaria del cáncer de mama								Prevención secundaria del cáncer de mama								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	20
2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	26
3	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	21
4	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	32
5	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	14
6	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	12
7	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	20
8	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	23
9	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29
10	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	28
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	29
12	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	26
13	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	24
14	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	28
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	29

TABLA DE MATRIZ DE DATOS

ENCUESTADOS	DATOS ESPECÍFICOS																																			TOTAL	
	Prevención primaria del cáncer de cérvix													Prevención secundaria del cáncer de cérvix						Prevención primaria del cáncer de mama							Prevención secundaria del cáncer de mama										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35		
16	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	21
17	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	26	
18	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	21	
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	34	
20	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	14	
21	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	13	
22	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	20	
23	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	23	
24	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	30	
25	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	26	
26	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	29	
27	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	27	
28	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	24	
29	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	26	
30	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	29	

ANEXO F

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ÍTEMS	NÚMERO DE JUECES								P VALOR ($<0,05$)
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
6	1	1	1	1	1	1	0	1	0.03125
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391

Favorable = 1 (SI).

Desfavorable = 0 (NO).

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa.

ANEXO G

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se aplica la fórmula de “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$r = \frac{N \sum xy - \sum x \cdot \sum y}{[N \sum x^2 - (\sum x)^2]^{1/2} \cdot [N \sum y^2 - (\sum y)^2]^{1/2}}$$

ÍTEMS	PEARSON	ÍTEMS	PEARSON
1	0.57	19	0.36
2	0.18	20	0.37
3	0.75	21	0.54
4	0.46	22	0.45
5	0.56	23	0.32
6	0.36	24	0.59
7	0.24	25	0.32
8	0.38	26	0.35
9	0.48	27	0.23
10	0.27	28	0.17
11	0.59	29	0.29
12	0.59	30	0.29
13	0.64	31	0.54
14	0.13	32	0.17
15	0.48	33	0.57
16	0.71	34	0.46
17	0.41	35	0.56
18	0.36		

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en el ítem N° 2, 14, 28 y 32, lo cual no alcanza el valor deseado, sin embargo por su importancia en el estudio se conserva.

ANEXO H

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el Coeficiente de “Kuder – Richardson” (KR – 20).

$$r_{tt} = \frac{K}{K - 1} * \frac{St^2 - \sum p.q}{St^2}$$

Dónde:

K = Número de ítems del instrumento.

p = Personas que responden afirmativamente a cada ítem.

q = Personas que responden negativamente a cada ítem.

St² = Varianza total del instrumento.

$$r_{tt} = \frac{31}{31 - 1} * \frac{32.4 - 6.19}{32.4}$$

Confiabilidad	Valor	Ítems Válidos
Kuder – Richardson (KR – 20)	0.84	31

Si KR – 20 = 0.70 – 0.90, el instrumento es confiable.

Según los resultados obtenidos, deducimos que el instrumento a utilizar es confiable, con un nivel de confianza del 95%.

ANEXO I

MEDICIÓN DE LA VARIABLE: ESCALA DE STANONES

Se utilizó la Escala de Stanones a fin de obtener los intervalos para las categorías de valor final tanto de forma global como por dimensiones.

$$\text{Valor límite Alto – Medio} = \bar{x} + 0.75 (DE)$$

$$\text{Valor límite Medio – Bajo} = \bar{x} - 0.75 (DE)$$

\bar{x} = Media

DE = Desviación Estándar

A. PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE

1. Se calculó \bar{x} (Media): 24.13
2. Se calculó DE (Desviación Estándar): 5.66
3. Se estableció valores para a y b

$$a = \bar{x} - 0.75(DE)$$

$$a = 24.13 - 0.75(5.66)$$

$$a = 19.88$$

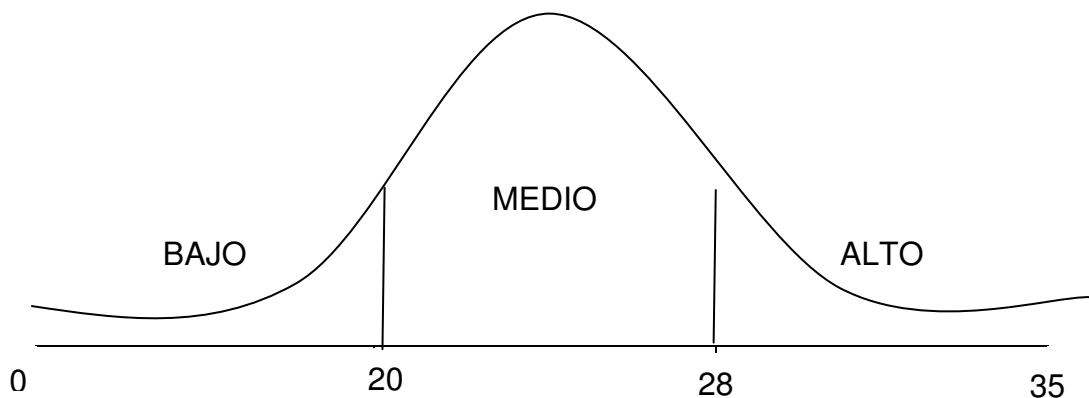
$$a = 20$$

$$b = \bar{x} + 0.75(DE)$$

$$b = 24.13 + 0.75(5.66)$$

$$b = 28.38$$

$$b = 28$$



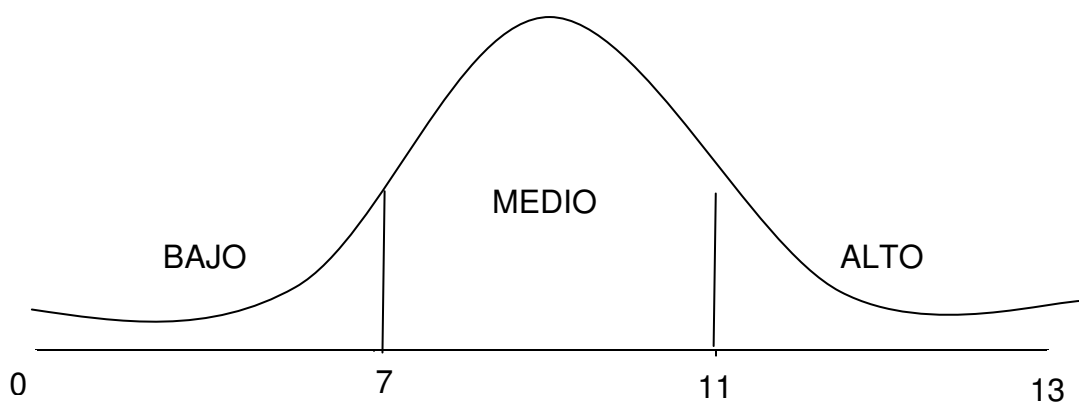
Por lo tanto, los intervalos del nivel de conocimiento son:

- Alto : ≥ 29 .
- Medio : 20 – 28.
- Bajo : ≤ 19 .

B. PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSIÓN DE PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DE CÉRVIX

1. Se calculó \bar{x} (Media): 9.03
2. Se calculó DE (Desviación Estándar): 2.22
3. Se estableció valores para a y b

$a = \bar{x} - 0.75(DE)$	$b = \bar{x} + 0.75(DE)$
$a = 9.03 - 0.75(2.22)$	$b = 9.03 + 0.75(2.22)$
$a = 7.36$	$b = 10.7$
$a = 7$	$b = 11$



Por lo tanto, los intervalos del nivel de conocimiento en la dimensión de prevención primaria del cáncer de cérvix son:

- Alto : ≥ 12 .
- Medio : 7 – 11.
- Bajo : ≤ 6 .

C. PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSIÓN DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CÉRVIX

1. Se calculó \bar{x} (Media): 4.07
2. Se calculó DE (Desviación Estándar): 1.29
3. Se estableció valores para a y b

$$a = \bar{x} - 0.75(DE)$$

$$a = 4.07 - 0.75(1.29)$$

$$a = 3.1$$

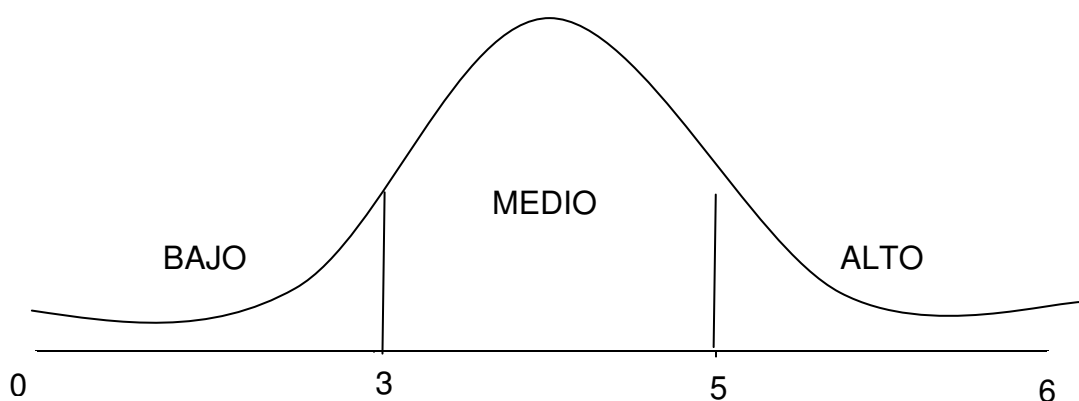
$$a = 3$$

$$b = \bar{x} + 0.75(DE)$$

$$b = 4.07 + 0.75(1.29)$$

$$b = 5.04$$

$$b = 5$$



Por lo tanto, los intervalos del nivel de conocimiento en la dimensión de prevención secundaria del cáncer de cérvix son:

- Alto : ≥ 6 .
- Medio : 3 – 5.
- Bajo : ≤ 2 .

D. PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSIÓN DE PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DE MAMA

1. Se calculó \bar{x} (Media): 5.63
2. Se calculó DE (Desviación Estándar): 1.63

3. Se estableció valores para a y b

$$a = \bar{x} - 0.75(DE)$$

$$a = 5.63 - 0.75(1.63)$$

$$a = 4.41$$

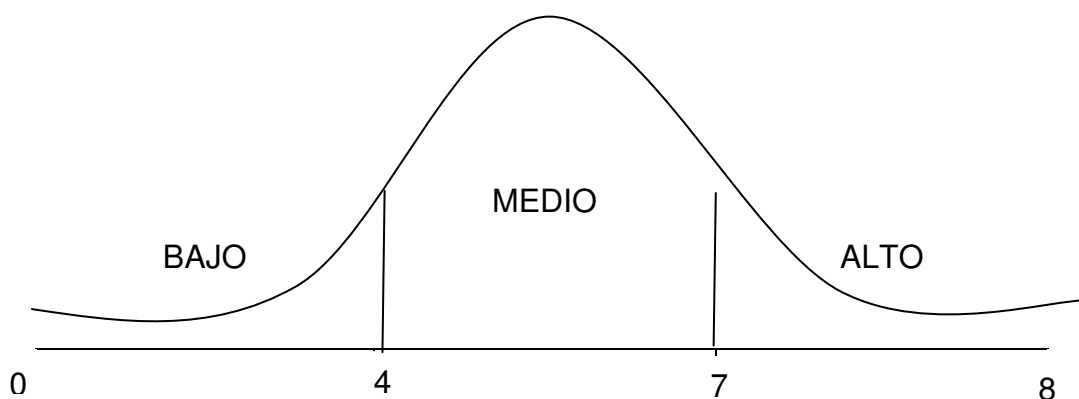
$$a = 4$$

$$b = \bar{x} + 0.75(DE)$$

$$b = 5.63 + 0.75(1.63)$$

$$b = 6.85$$

$$b = 7$$



Por lo tanto, los intervalos del nivel de conocimiento en la dimensión de prevención primaria del cáncer de mama son:

- Alto : ≥ 8 .
- Medio : 4 – 7.
- Bajo : ≤ 3 .

E. PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSIÓN DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE MAMA

1. Se calculó \bar{x} (Media): 5.40

2. Se calculó DE (Desviación Estándar): 1.81

3. Se estableció valores para a y b

$$a = \bar{x} - 0.75(DE)$$

$$a = 5.40 - 0.75(1.81)$$

$$a = 4.04$$

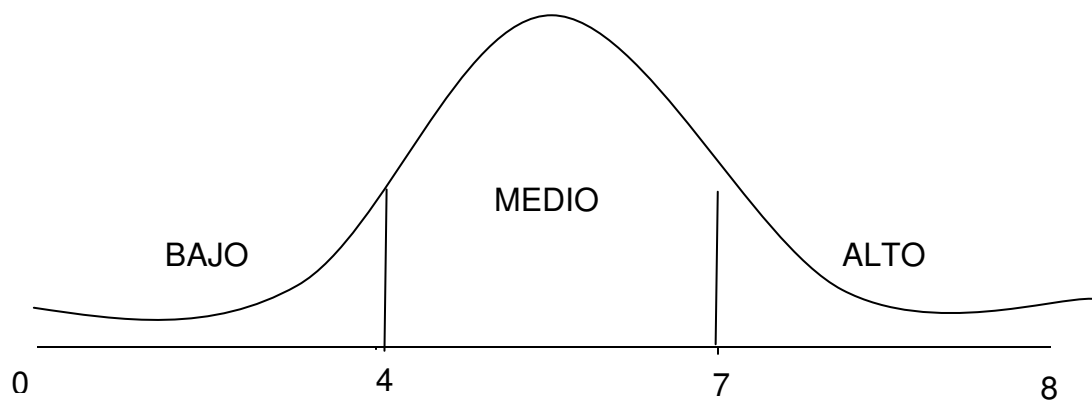
$$a = 4$$

$$b = \bar{x} + 0.75(DE)$$

$$b = 5.40 + 0.75(1.81)$$

$$b = 6.76$$

$$b = 7$$



Por lo tanto, los intervalos del nivel de conocimiento en la dimensión de prevención secundaria del cáncer de mama son:

- Alto : ≥ 8 .
- Medio : 4 – 7.
- Bajo : ≤ 3 .

ANEXO J

**DATOS GENERALES DE LAS MUJERES QUE VIVEN EN
EL ASENTAMIENTO HUMANO SAN CARLOS DEL
DISTRITO DE SURCO.
LIMA – PERÚ.
2014**

DATOS GENERALES	Nº	%
EDAD:		
18 – 25	8	26.6
26 – 44	11	36.7
45 – 50	11	36.7
PROCEDENCIA		
Costa	20	66.7
Sierra	8	26.7
Selva	2	6.6
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeta	1	3.3
Primaria	8	26.7
Secundaria	13	43.3
Superior	8	26.7
ESTADO CIVIL		
Soltera	5	16.7
Casada	3	10.0
Divorciada	0	0.0
Conviviente	20	66.7
Viuda	2	6.6
TOTAL	30	100.0

Fuente: Instrumento aplicado a las mujeres viven en el Asentamiento Humano San Carlos – 2014.

ANEXO K

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX Y MAMA DE LAS MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN CARLOS DEL DISTRITO DE SURCO.

NOVIEMBRE – DICIEMBRE.

2014

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Nº	%
ALTO	8	26.67
MEDIO	18	60.00
BAJO	4	13.33
TOTAL	30	100.00

*Fuente: Instrumento aplicado a las mujeres
viven en el Asentamiento Humano San
Carlos – 2014.*

ANEXO L

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA DE CÁNCER DE CÉRVIX DE LAS MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN CARLOS DEL DISTRITO DE SURCO.

NOVIEMBRE – DICIEMBRE.

2014

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Nº	%
ALTO	3	10.00
MEDIO	22	73.33
BAJO	5	16.67
TOTAL	30	100.00

*Fuente: Instrumento aplicado a las mujeres
viven en el Asentamiento Humano San
Carlos – 2014.*

ANEXO M

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER DE CÉRVIX DE LAS MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN CARLOS DEL DISTRITO DE SURCO.

NOVIEMBRE – DICIEMBRE.

2014

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Nº	%
ALTO	4	13.33
MEDIO	23	76.67
BAJO	3	10.00
TOTAL	30	100.00

*Fuente: Instrumento aplicado a las mujeres
viven en el Asentamiento Humano San
Carlos – 2014.*

ANEXO N

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA DE CÁNCER DE MAMA DE LAS MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN CARLOS DEL DISTRITO DE SURCO.

NOVIEMBRE – DICIEMBRE.

2014

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Nº	%
ALTO	4	13.33
MEDIO	23	76.67
BAJO	3	10.00
TOTAL	30	100.00

*Fuente: Instrumento aplicado a las mujeres
viven en el Asentamiento Humano San
Carlos – 2014.*

ANEXO O

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER DE MAMA DE LAS MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN CARLOS DEL DISTRITO DE SURCO.

NOVIEMBRE – DICIEMBRE.

2014

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Nº	%
ALTO	3	10.00
MEDIO	22	73.33
BAJO	5	16.67
TOTAL	30	100.00

*Fuente: Instrumento aplicado a las mujeres
viven en el Asentamiento Humano San
Carlos – 2014.*

ANEXO P

DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPUESTAS CORRECTAS POR CADA PREGUNTA

ÍTEMS	Nº	%	ÍTEMS	Nº	%
1	21	70%	19	16	53%
2	24	80%	20	23	77%
3	23	77%	21	20	67%
4	21	70%	22	21	70%
5	18	60%	23	20	67%
6	18	60%	24	18	60%
7	25	83%	25	25	83%
8	15	50%	26	20	67%
9	20	67%	27	22	73%
10	17	57%	28	23	77%
11	23	77%	29	25	83%
12	24	80%	30	18	60%
13	22	73%	31	17	57%
14	24	80%	32	20	67%
15	18	60%	33	19	63%
16	19	63%	34	20	67%
17	26	87%	35	20	67%
18	19	63%			

*Fuente: Instrumento aplicado a las mujeres viven en el
Asentamiento Humano San Carlos – 2014.*

ANEXO Q

CARTA DE APROBACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERIA



INFORME DE APROBACIÓN

LICENCIADA (O) : CADENAS VALERIO MARYCRUZ DAISY

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA
PREVENCIÓN DEL CANCER DE CERVIX Y MAMA EN LA POBLACIÓN DEL
ASENTAMIENTO HUMANO SAN CARLOS EN EL DISTRITO DE SANTIAGO DE
SURCO. LIMA PERU 2014

ESPECIALIDAD : ENFERMERIA ONCOLÓGICA

Lima, 26 de agosto de 2015

Señor Doctor
PEDRO MENDOZA ARANA
Director de la Unidad de Post-Grado
De la Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad, Ha examinado el Proyecto de Investigación de la
referencia, el cual ha sido:

APROBADO

☒

DESAPROBADO



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POST GRADO

Juan Cuba Zanchi
Lic. Esp. JUAN CUBA ZANCHO
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora